



La experiencia en el asilo (rehabilitación): Algunas preguntas para usted como cuidador familiar

_____ está trabajando en un importante proyecto para mejorar la forma en que trabajamos con los cuidadores familiares. Como parte del proyecto, le pedimos que llene esta encuesta, debido a que usted ha estado involucrado en el cuidado de su familiar durante una estadía reciente. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar nuestros procedimientos cuando un paciente se muda de nuestra instalación a otra.

Esta encuesta se concentra en usted, no en su pariente o amigo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor seleccione la respuesta que mejor describe su experiencia. Si la pregunta no se aplica a su experiencia o no conoce la respuesta, simplemente marque o seleccione "No sé" o "No es relevante". Hay un espacio al final de cada sección para que usted añada cualquier comentario general o explique cualquiera de sus respuestas. La encuesta le tomará alrededor de 10 minutos.

No es necesario que incluya su nombre ni ningún tipo de información que lo identifique. Nada de lo que informe afectará el cuidado médico actual o futuro de su familiar.

Esta encuesta ha sido diseñada por United Hospital Fund, una organización de investigación y políticas de salud sin fines de lucro, como parte de su campaña *Next Step in Care (El próximo paso en el cuidado médico)*. Podrá encontrar más información en www.nextstepincare.org. También encontrará herramientas y guías que lo ayudarán a planificar el traslado de su familiar desde una instalación de salud a otra. Por ejemplo, hay información acerca de qué esperar cuando su familiar se muda desde un centro de rehabilitación o un asilo a su hogar o a un centro de cuidados a largo plazo.

Le agradecemos que responda a esta encuesta. Su opinión es importante y contribuirá a mejorar el cuidado de nuestros pacientes y el apoyo a los cuidadores familiares.

Historial del cuidador familiar

1. El paciente es mi (su relación con su familiar): (seleccione una de las siguientes opciones)

- Esposo/a/Pareja Padre/Madre Hijo/Hija
 Otro pariente Amigo Otro: _____

2. El paciente fue admitido en el asilo porque:

3. Seleccione el tipo de unidad a la cual fue admitido su familiar:

- Rehabilitación Sanatorio especializado Otra: _____

4. El paciente tiene _____ años de edad.

Comentarios:

A. Admisión

1. Cuando mi familiar fue admitido al asilo de rehabilitación, el personal:

| | Sí | No | No sé | No es relevante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) me orientó a través de la instalación y me dio la bienvenida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) me dio un número para llamar las 24 horas, los 7 días de la semana para obtener información acerca de su condición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) me explicó mi rol como familiar designado mientras mi familiar recibe tratamiento en la instalación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) me entregó una declaración que reconocía la importancia de mi presencia para el cuidado y bienestar de mi familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) me entregó una copia de la declaración de privacidad que deja claro que los miembros del personal están autorizados a brindarme información a menos que mi familiar se opusiera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) me habló acerca de los servicios y recursos disponibles para mi durante la estadía de mi familiar (tales como reuniones familiares, estadías nocturnas, etc...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A. Admisión (continuación)

2. Durante la primera semana de mi familiar en el asilo, el personal:

| | Sí | No | No sé | No es relevante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) me brindó un estimado del tiempo que mi familiar podía permanecer en el asilo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) me explicó el proceso que la compañía de seguros utilizaría para determinar la cobertura de los servicios y la posibilidad de que la cobertura se terminara con poco tiempo de notificación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) me explicó cómo la cobertura podría afectar los servicios brindados a mi familiar durante la estadía y la disponibilidad de servicios luego de ser dado de alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios:

B. Mis necesidades como cuidador familiar

3. Al realizar los planes para dar de alta, el personal del asilo me preguntó acerca de:

| | Sí | No | No sé | No es relevante |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) mis habilidades para brindar cuidados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) mi nivel de comodidad haciendo estas tareas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) mi disponibilidad al momento de brindar los cuidados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios:

C. Preparación para la dada de alta

4. Para preparar la dada de alta de mi familiar, el personal del asilo de rehabilitación se aseguró de que yo:

| | Sí | No | No sé | No es relevante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) conociera con anticipación el día y la hora en que mi familiar saldría del asilo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) tuviese el tiempo suficiente para tomar decisiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) tuviese información escrita sobre los derechos de mi familiar en relación a la dada de alta, incluyendo el proceso de apelación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) tuviese información acerca de todas las opciones de cuidado disponibles, tales como cuidado en el hogar, servicios de guardería de adultos, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) conociese sobre la cobertura del seguro y los costos de las diferentes opciones de cuidado una vez que mi familiar fuese dado de alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) conociese los servicios y equipos necesarios en el hogar (transporte, camas de hospital, andadores, etc.) y cómo obtenerlos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) conociese los lugares a los que puedo llamar para obtener apoyo, tales como grupos de apoyo para cuidadores familiares, servicio auxiliar de apoyo familiar, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Si mi familiar fue dado de alta para recibir cuidados en el hogar, el personal del asilo de rehabilitación me comunicó que habría un intervalo de tiempo desde su salida del asilo de rehabilitación hasta el comienzo de los cuidados:

| | Sí | No | No sé | No es relevante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios:

D. Comunicación

6. Para ayudarme a entender las instrucciones, pude obtener:

| | Sí | No | No sé | No es relevante |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) información médica que podía comprender | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) material impreso en mi idioma, en caso de ser necesario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) un intérprete profesional (por ejemplo, alguien que hablase mi idioma), en caso de ser necesario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios:

E. Entrenamiento

7. El personal del asilo de rehabilitación me enseñó a:

| | Sí | No | No sé | No es relevante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) dar a mi familiar los medicamentos indicados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) observar e informar cambios en la condición de mi familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) manejar equipos médicos, en caso de ser necesario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) comprender lo que mi familiar debe comer y cuánto ejercicio debe hacer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) reconocer una emergencia de un cambio en las condiciones que requiera de una acción | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios:

F. Cuando mi familiar estaba por abandonar el asilo de rehabilitación

8. Al momento de ser dado de alta, el personal del asilo de rehabilitación me brindó:

| | Sí | No | No sé | No es relevante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) instrucciones acerca de la dieta, las actividades y el manejo de los síntomas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) el nombre y el número telefónico de una persona para contactar ante cualquier duda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) una lista de medicamentos que mi familiar utilizaba, con información sobre la dosis e instrucciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) información acerca del pago de los medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) información acerca de cuándo programar las próximas visitas al médico y qué llevar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Antes de que mi familiar fuese transferido a su hogar o a una nueva instalación, el personal del asilo de rehabilitación me brindó información acerca de la agencia o instalación para que pudiese hablar con su personal:

| | Sí | No | No sé | No es relevante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios:

G. Seguimiento

10. Un miembro del personal del asilo de rehabilitación me llamó para tratar preguntas o dudas:

| | Sí | No | No sé | No es relevante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) unos pocos días luego de ser dado de alta mi familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) dentro de las dos semanas siguientes a ser dado de alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) nadie llamó nunca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

H. Satisfacción

11. En términos generales, estoy satisfecho con la preparación que recibí de parte del personal del asilo de rehabilitación durante y luego de la hospitalización de mi familiar.

| | Muy de acuerdo | De acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | No lo sé/ No es relevante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Basándome en mi experiencia, deseo recomendar este asilo de rehabilitación a otros.

| | Muy de acuerdo | De acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | No lo sé/ No es relevante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios:

H. Satisfacción (continuación)

13. ¿En qué formas lo apoyó el personal del asilo de rehabilitación como un cuidador familiar a lo largo de la estadía de su familiar y en la preparación para el alta?

14. ¿En qué formas podría el personal del asilo de rehabilitación haberlo ayudado mejor como un cuidador familiar a lo largo de la estadía de su familiar y en la preparación para el alta?