



## La experiencia en el hospital: 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 en el hospital. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar nuestros procedimientos cuando un paciente se muda de un hospital a otra instalación.

Esta encuesta se concentra en usted, no en su pariente o amigo que ha estado hospitalizado. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor seleccione la respuesta que mejor describa 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 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 las hospitalizaciones actuales o futuras 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](http://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 hospital a un centro de rehabilitación o a un asilo.

Le agradecemos que responda a esta encuesta. Su opinión es importante y contribuirá a la mejora del cuidado de los 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. Mi familiar fué admitido al hospital por (seleccione una de las siguientes opciones):**

- La sala de emergencias  Una internación planeada

**3. Mi familiar estuvo en el hospital porque:**

\_\_\_\_\_

**4. Mi familiar tiene \_\_\_\_\_ años de edad.**

Comentarios:

## A. Admisión

**1. Cuando mi familiar fué admitido al hospital, me brindaron:**

|   | Sí                       | No                       | No sé                    | No es relevante          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Información acerca del diagnóstico y plan de tratamiento de mi familiar  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 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) una explicación sobre mi rol en el cuidado y bienestar de mi familiar  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) una declaración que reconocía la importancia de mi presencia para el cuidado de mi familiar  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 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) información acerca de servicios y recursos que podía utilizar mientras mi familiar estaba internado (tales como reuniones familiares, estadías nocturnas, etc.)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## A. Admisión (continuación)

### 2. Dentro de los primeros días de la internación de mi familiar, el personal del hospital:

|   | Sí                       | No                       | No sé                    | No es relevante          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) me explicó cuánto tiempo podría permanecer mi familiar en el hospital  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) me explicó la política del hospital en relación a los pagos y la necesidad de contactar a mi compañía de seguros | <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 hospital 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 hospital 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 hospital  | <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 en 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 de 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 hospital me comunicó que habría un intervalo de tiempo entre su salida del hospital 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 hospital me enseñó a:

|  | Sí                       | No                       | No lo 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 hospital

### 8. Al momento ser dado de alta, el personal del hospital 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 los medicamentos que utiliza mi familiar, 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 hospital 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 hospital me llamó para preguntar si tenía alguna pregunta o duda:**

|   | 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 al 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 hospital durante la hospitalización de mi familiar y con posterioridad a ésta.**

|  | 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 hospital 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. ¿Mientras cuidó de su familiar, de qué formas lo apoyó el personal del hospital a lo largo de la estadía de su familiar y en la preparación para el alta?**

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