



CUESTIONARIO PARA PERSONAS HOSPITALIZADAS

Midiendo la percepción del cuidado de los consumidores de salud mental

Este cuestionario ha sido endosado por la *National Quality Forum* como una herramienta efectiva para mejorar la calidad de los servicios prestados. Por favor complete este cuestionario y ayúdenos a proveerle el mejor servicio de salud mental posible. Indique cuánto usted está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes aseveraciones. Haga una marca de cotejo, 'V', en el cuadro que mejor describe su respuesta.

Forma de distribución	¿Anónimo?	Forma de recogido	¿Se proveyó ayuda?
<input type="checkbox"/> Personal de trabajo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Se recogió en el hospital	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Consumidor	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Lo enviaron por correo	<input type="checkbox"/> No

Para Uso Oficial
Núm. Unidad:
Núm. Identificación:
Fecha: (mm/yy)

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	No aplica
--	-----------------------------	---------------	--------------------------------	------------	--------------------------	-----------

Como resultado directo de los servicios que recibí:

1. Me siento mejor capacitado(a) para manejar mis crisis.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
2. Mis síntomas no me molestan tanto.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
3. Los medicamentos que estoy tomando me ayudan a controlar los síntomas que antes me molestaban.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
4. Funciono mejor en situaciones sociales.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
5. Mis problemas diarios los manejo de manera más efectiva.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>

Durante mi estadía en este hospital:

6. Me trataron con dignidad y respeto.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
7. El personal del hospital confió en que yo podía crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
8. Me sentí cómodo(a) haciendo preguntas relacionadas a mi tratamiento y medicamentos.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
9. Me motivaron a participar en los grupos de apoyo y de auto ayuda.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
10. Me dieron información sobre cómo manejar los efectos secundarios de mis medicamentos.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
11. Recibí tratamiento para mis otras condiciones médicas.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
12. Sentí que era necesario hospitalizarme.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
13. Sentí que podía quejarme libremente sin tener miedo a represalias.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
14. Durante mi hospitalización, me sentí seguro(a) de que podía rechazar medicamentos o tratamientos.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
15. Fueron tomadas en consideración mis quejas y los motivos de las mismas.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
16. Yo participé en la planificación de mi salida del hospital.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
17. Ambos, mi médico o terapeuta de la comunidad y yo, estuvimos involucrados activamente en mi plan de tratamiento del hospital.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
18. Tuve la oportunidad de hablar con mi médico o terapeuta de la comunidad antes de que me dieran de alta.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>



	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	No aplica
19. El ambiente y los alrededores del hospital me ayudaron a mejorarme.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
20. Sentí que el hospital ofrecía suficiente privacidad.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
21. Mientras estuve en el hospital me sentí seguro(a).	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
22. El ambiente del hospital estaba limpio y agradable.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
23. El personal del hospital se mostró sensitivo respecto a mi origen cultural.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
24. Mi familia y/o mis amigos pudieron venir a visitarme.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
25. Pude escoger entre los diferentes tipos de tratamiento.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
26. Me ayudó el tener contacto con mi médico.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
27. Me ayudó el tener contacto con las(los) enfermeras(os) y terapistas.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
28. Si tuviera que escoger entre hospitales para tratamiento, yo volvería a escoger este hospital.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>

Cuéntenos sobre usted...						
1.¿Cuál es su edad?	2.¿Cuál es su género?	3.¿Completó este cuestionario al momento de darle de alta?	4.¿Cuál fue el tiempo de estadía en el hospital (este episodio)?	5.¿Cuál es su raza o su origen étnico?	6.¿Cuál es su estado marital?	7.¿Cuál es su estado legal?
<input type="checkbox"/> 13 – 17 <input type="checkbox"/> 18 – 24 <input type="checkbox"/> 25 – 34 <input type="checkbox"/> 35 – 54 <input type="checkbox"/> 55 – 64 <input type="checkbox"/> 65 ó más <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> 1 semana o menos <input type="checkbox"/> 1 mes o menos <input type="checkbox"/> 3 meses o menos <input type="checkbox"/> Más de 3 meses <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Nunca me he casado <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Paciente voluntario <input type="checkbox"/> Paciente voluntario traído por los padres, encargados legales <input type="checkbox"/> Paciente involuntario: Civil <input type="checkbox"/> Paciente involuntario: Criminal <input type="checkbox"/> Paciente involuntario: Justicia Juvenil <input type="checkbox"/> Otro:

Comentarios: