



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 más capaz de manejar mis crisis.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Mis síntomas no me molestan tanto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Los medicamentos que tomo me ayudan a controlar los síntomas que antes me molestaban.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Funciono mejor en situaciones sociales.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Manejo con más efectividad mis problemas diarios.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

Durante mi estadía en este hospital:

6. Me trataron con dignidad y respeto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. El personal del hospital creía que yo podía crecer, cambiar, y recuperarme.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Me sentí cómodo(a) haciendo preguntas sobre mi tratamiento y medicamentos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Me animaron a usar grupos de apoyo y de auto-ayuda.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Me dieron información sobre cómo manejar los efectos secundarios de mis medicamentos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Recibí tratamiento para mis otras condiciones médicas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Sentí que hospitalizarme era necesario.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. Sentí que podía quejarme libremente sin tener miedo a represalias.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Sentí que podía rechazar medicamentos o tratamientos durante mi hospitalización.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
15. Se consideraron mis quejas y motivos de ofensa.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
16. Yo participé en planear mi salida del hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
17. Tanto mi médico como mi terapeuta de la comunidad estuvieron activamente involucrados en mi plan de tratamiento del hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
18. Tuve la oportunidad de hablar con mi médico o terapeuta de la comunidad antes de que me dieran de alta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 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 tenía suficiente privacidad en el 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"/>
21. Me sentí seguro(a) en el 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"/>
22. El ambiente del hospital era limpio y cómodo.	<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 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 elegir entre distintos 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 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 tener contacto con mis enfermeras y terapeutas.	<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 elegir entre hospitales, yo aún elegiría 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/Islas 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: