

**FACILIDAD RESIDENCIAL BASADA EN LA COMUNIDAD (CBRF)  
EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE**

**COMMUNITY BASED RESIDENTIAL FACILITY (CBRF)  
RESIDENT SATISFACTION EVALUATION**

El Código Administrativo de Wisconsin, DHS 83.35(4), requiere que durante los **30 días** anteriores a la evaluación anual, al residente y a su guardián o agente se le ofrezca la oportunidad de completar una evaluación oral o escrita sobre los servicios, incluyendo, pero no limitado a la habilidad de la facilidad de identificar y satisfacer sus necesidades y preferencias de cuidado. Puede usar un formulario de desarrollo de la facilidad si se captura la información idéntica y está aprobado por el Departamento.

Nombre - Facilidad

Nombre - Residente

Fecha en que se completo el formulario

1. Todas las facilidades deben de proveer o tener a la disposición de los residentes ciertos servicios. De la lista a continuación, por favor marque los servicios que usted recibe:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Supervisión                             | <input type="checkbox"/> Información y recomendación                     |
| <input type="checkbox"/> Actividades de tiempo libre (ocio)      | <input type="checkbox"/> Actividades en la comunidad                     |
| <input type="checkbox"/> Contactos familiares                    | <input type="checkbox"/> Transporte                                      |
| <input type="checkbox"/> Supervisión de la salud                 | <input type="checkbox"/> Acceso a servicios médicos                      |
| <input type="checkbox"/> Seguimiento/supervisión de medicamentos | <input type="checkbox"/> Servicios de enfermería limitados               |
| <input type="checkbox"/> Ayuda con el cuidado personal           | <input type="checkbox"/> Ayuda con las habilidades de vida independiente |
| <input type="checkbox"/> Ayuda con la comunicación               | <input type="checkbox"/> Oportunidad de socializar con otros             |
| <input type="checkbox"/> Ayuda con la toma de decisiones         | <input type="checkbox"/> Servicios de transición                         |

Favor de indicar cualquier otro servicio que usted reciba que no esté incluido en la lista anterior:

Hay algún otro servicio(s) o actividad(es) que usted siente que necesita pero que **NO** es proporcionado o arreglado por el CBRF? Favor de indicar a continuación:

2. Por lo general, me siento satisfecho con los servicios proporcionados por esta facilidad.

- Sí     Algo     No     No lo sé

Comentarios:

3. El cuidado que recibo es la clase de cuidado que yo deseo recibir.

- Sí     Algo     No     No lo sé

Comentarios:

4. La facilidad cumple con mis preferencias de tratamiento (opción de médicos, farmacia, etc.)

- Sí     Algo     No     No lo sé

Comentarios:

5. La facilidad cumple con mis preferencias de servicios (recibo los servicios que necesito o quiero).

Sí       Algo       No       No lo sé

Comentarios:

6. La facilidad ofrece una variedad de actividades para mi elección.

Sí       Algo       No       No lo sé

Indique las actividades de las que usted forma parte y la frecuencia con que participa.

6a. Indique cualquier actividad que a usted le gustaría que tengan pero que no están disponibles.

7. Parece haber suficiente personal en todo momento para satisfacer mis necesidades así como las necesidades de los demás residentes.

Sí       Algo       No       No lo sé

Comentarios:

8. Los miembros del personal parecen saber cuales son sus responsabilidades.

Sí       Algo       No       No lo sé

Comentarios:

9. Me tratan con respeto todo el tiempo.

Sí       Algo       No       No lo sé

Comentarios:

10. Me han sido explicado mis derechos.

Sí       Algo       No       No lo sé

Comentarios:

11. Siento que mis derechos están siendo protegidos.

Sí       Algo       No       No lo sé

Comentarios:

12. La comida que sirven...

... **es de buena calidad**  Sí  No  No lo sé

Comentarios:

... **satisfacen mis necesidades nutricionales**  Sí  No  No lo sé

Comentarios:

... **está bien preparada**  Sí  No  No lo sé

Comentarios:

... **sabe buena**  Sí  No  No lo sé

Comments:

... **es siempre suficiente**  Sí  No  No lo sé

Comments:

... **es de una amplia variedad**  Sí  No  No lo sé

Comments:

... **los alimentos calientes son servidos calientes y los alimentos fríos son servidos fríos**

Sí  No  No lo sé

Comentarios:

13. Mi habitación es cómoda y satisface mis necesidades.

Sí  Algo  No  No lo sé

Comentarios:

14. Los muebles en mi habitación los mantienen en buen estado.

Sí  Algo  No  No lo sé

Comentarios:

15. Tanto la facilidad como mi habitación las mantienen en orden y limpias.

Sí  Algo  No  No lo sé

Comments:

16. Me siento segura y cómoda aquí.

Sí  Algo  No  No lo sé

Comentarios:

17. Las personas respetan mi privacidad.

Sí  Algo  No  No lo sé

Comentarios:

18. La facilidad maneja mis fondos personales.

Sí       No       No lo sé

Si respondió "Sí", ¿le preocupa a usted de la manera en que la facilidad maneja sus fondos?

19. La facilidad me envía avisos **POR ESCRITO** sobre cualquier cambio en las cuotas o servicios por lo menos 30 días antes de ocurra el cambio.

Sí       No       No lo sé

Comentarios:

20. ¿Se toma sus propios medicamentos?

Sí       No       No lo sé

**Si respondió "NO,"** ¿ha usted o su médico firmado un papel que permita a la facilidad llevar el control de sus medicamentos y dárselos?

Sí       No       No lo sé

Comentarios:

21. Si la facilidad me ayuda con mis medicamentos, los recibo...

... **a tiempo**                                       Sí       No       No lo sé       No aplica

Comentarios:

... **de una manera aceptable**                                       Sí       No       No lo sé       No aplica

Comentarios:

... **como los indico mi médico**                                       Sí       No       No lo sé       No aplica

Comentarios:

22. ¿Tiene usted algún otro comentario con relación a esta facilidad que le gustaría agregar? *(Incluya páginas extras, si es necesario.)*

**FIRMA** - Residente

Fecha de la Firma

---

**OTRA PERSONA(S) QUE HAYA AYUDADO AL RESIDENTE A COMPLETAR ESTA EVALUACIÓN**

<b>FIRMA</b> – Guardián / Representante	Fecha de la Firma
<b>FIRMA</b> – Personal del CBRF	Fecha de la Firma