**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES STATE OF WISCONSIN**

Division of Quality Assurance

F-62372S (11/2012)

**FACILIDAD RESIDENCIAL BASADA EN LA COMUNIDAD (CBRF)**

**EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL RESIDENTE**

**COMMUNITY BASED RESIDENTIAL FACILITY (CBRF)**

**RESIDENT SATISFACTION EVALUATION**

El Wisconsin Administrative Code, DHS 83.35(4), requiere que al menos **anualmente**, el CBRF deberá proporcionar al residente y al representante legal del residente la oportunidad de completar una evaluación del nivel de satisfacción del residente de los servicios que recibe de la CBRF. La evaluación se completará ya sea en un formulario del departamento o en un formulario desarrollado por la CBRF y aprobado por el departamento.

La evaluación de satisfacción del residente se mantendrá en el registro del residente según lo requerido por DHS 83.42(1)(i)

|  |  |
| --- | --- |
| 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:

Supervisión  Información y referencia (referral)

Actividades de tiempo libre (ocio)  Actividades en la comunidad

Contactos familiares  Transporte

Supervisión de la salud  Acceso a servicios médicos

Seguimiento/supervisión de medicamentos  Servicios de enfermería limitados

Ayuda con el cuidado personal  Ayuda con las habilidades de vida independiente

Ayuda con la comunicación  Oportunidad de socializar con otros

Ayuda con la toma de decisiones  Servicios de transición

Indique cualquier otro servicio que usted reciba que no esté incluido en la lista anterior:

Indique otros servicios o actividades que usted siente necesita pero que **NO** son proporcionados o contratados por el CBRF.

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 (selección 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 participa y la frecuencia con que participa.

Indique cualquier actividad que a usted le gustaría que tengan pero la cual no está disponible.

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. Siempre me tratan con respeto.

Sí  Algo  No  No lo sé

Comentarios:

10. Me explicaron 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:

... **satisface 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

Comentarios:

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

Comentarios:

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

Comentarios:

... **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

Comentarios:

16. Me siento seguro y cómodo 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 manejas 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 que ocurra el cambio.

Sí  No  No lo sé

Comentarios:

20. ¿Maneja y 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*** | |
| **FIRMA –** Guardián / Representante | Fecha de la Firma |
| **FIRMA –** Personal del CBRF | Fecha de la Firma |