**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 |