

Cuestionario de Opinión para Pacientes Hospitalizados de NRI/MHSIP

Número de identidad de la unidad: _____ Número del cuestionario _____ Fecha: _____
(Mes 00/Año 00)

A fin de proveerle los mejores servicios de salud mental posible, necesitamos saber lo que usted piensa sobre los servicios que usted ha recibido durante su estadía en este hospital, las personas involucradas, y los resultados de los servicios. Por favor indique en qué grado está usted de acuerdo con cada una de las declaraciones mencionadas abajo. Sus respuestas son confidenciales y no influenciarán los servicios que usted recibe. **DIBUJE UN CIRCULO** alrededor del número que mejor describe su respuesta. Al final del cuestionario hay espacio para escribir comentarios respecto a cualquiera de sus respuestas.

	Completa- mente en desacuerdo	En des- acuerdo	Neutral	De acuerdo	Completa- mente de acuerdo	No se aplica
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
1. Me siento más capaz de manejar mis crisis.	1	2	3	4	5	NA
2. Mis síntomas no me molestan tanto.	1	2	3	4	5	NA
3. Los medicamentos que tomo me ayudan a controlar los síntomas que antes me molestaban.	1	2	3	4	5	NA
4. Funciono mejor en situaciones sociales.	1	2	3	4	5	NA
5. Manejo con más efectividad mis problemas diarios.	1	2	3	4	5	NA
Durante mi estadía en el hospital						
6. Me trataron con dignidad y respeto.	1	2	3	4	5	NA
7. El personal del hospital creía que yo podía crecer, cambiar, y recuperarme.	1	2	3	4	5	NA
8. Me sentí cómodo(a) haciendo preguntas sobre mi tratamiento y medicamentos.	1	2	3	4	5	NA
9. Me animaron a usar grupos de apoyo y de auto-ayuda.	1	2	3	4	5	NA
10. Me dieron información sobre como manejar los efectos secundarios de mis medicamentos.	1	2	3	4	5	NA
11. Recibí tratamiento para mis otras condiciones medicas.	1	2	3	4	5	NA
12. Sentí que hospitalizarme era necesario.	1	2	3	4	5	NA
13. Sentí que podía quejarme libremente sin tener miedo a represarias.	1	2	3	4	5	NA
14. Sentí que podía rechazar medicamentos o tratamientos durante mi hospitalización.	1	2	3	4	5	NA
15. Se consideraron mis quejas y motivos de ofensa.	1	2	3	4	5	NA
16. Yo participé en planear mi salida del hospital.	1	2	3	4	5	NA
17. Tanto mi médico como mi terapeuta de la comunidad estuvieron activamente involucrados en mi plan de tratamiento dell hospital.	1	2	3	4	5	NA
18. Tuve la oportunidad de hablar con mi médico o terapeuta de la comunidad antes de que me dieran de alta.	1	2	3	4	5	NA
19. El ambiente y los alrededores del hospital me ayudaron a mejorarme.	1	2	3	4	5	NA
20. Sentí que tenia suficiente privacidad en el hospital.	1	2	3	4	5	NA

	Completa- mente en desacuerdo	En des- acuerdo	Neutral	De acuerdo	Completa- mente de acuerdo	No se aplica
21. Me sentí seguro(a) en el hospital.	1	2	3	4	5	NA
22. El ambiente del hospital era limpio y cómodo.	1	2	3	4	5	NA
23. El personal del hospital se mostró sensitivo respecto a mi origen cultural.	1	2	3	4	5	NA
24. Mi familia y mis amigos pudieron venir a visitarme.	1	2	3	4	5	NA
25. Pude elegir entre diferentes tipos de tratamiento.	1	2	3	4	5	NA
26. Me ayudó tener contacto con mi médico.	1	2	3	4	5	NA
27. Me ayudó tener contacto con mis enfermeras y terapistas.	1	2	3	4	5	NA
28. Si tuviera que elegir entre hospitales, yo aún elegiría este hospital.	1	2	3	4	5	NA

Por favor conteste las siguientes preguntas para saber un poco sobre usted.

29. Edad

- 13-17
- 18-24
- 24-34
- 34-44
- 45-54
- 55-64
- 65 o mas

30. Sexo

- Masculino
- Femenino

31. Lleno este cuestionario cuando me están dando de alta?

- Si
- No

32. Tiempo de estadía en el hospital (este episodio)

- 1 semana ó menos
- 1 mes ó menos
- 3 meses ó menos
- Más de 3 meses

33. Raza (chequee uno)

- Nativo Americano/ Nativo de Alaska
- Asiático/Isleño del Pacífico
- Africano Americano
- Hispano/Latino
- Blanco/Caucásico
- Otro

34. Estado marital

- Nunca me he casado
- Casado(a)
- Separado(a)
- Divorciado(a)
- Viudo(a)

35. Estado legal

- Paciente voluntario
- Paciente voluntarizado por padres, guardianes legales, etc.
- Paciente involuntario: Civil
- Paciente involuntario: Criminal
- Paciente involuntario: Justicia Juvenil
- Otro: _____

Comentarios:

Por favor, devuélvale este cuestionario al hospital. Muchas gracias por sus respuestas.