

**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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Supervisión | <input type="checkbox"/> Información y referencia (referral) |
| <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 |

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

... **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 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 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 |
|----------------------------------|-------------------|