

ALIANZA NACIONAL SOBRE ENFERMEDADES MENTALES NJ
(en colaboración con los hospitales psiquiátricos del estado de NJ)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FAMILIAR

Para poder brindar los mejores servicios de salud mental posibles, necesitamos saber qué piensa sobre los servicios que recibió su familiar durante su estadía en el hospital y de su experiencia como familia. Hay un espacio al final de la encuesta para proporcionar sus propios comentarios. Alternativamente, puede *escanear* con la cámara de su teléfono inteligente el código QR ubicado cerca de la parte inferior de la página. Esto le dará un enlace a la encuesta que puede completar usando su teléfono.

¿Qué hospital? Coloque una X en la columna correspondiente:

Ancora

Ann Klein

Greystone

Trenton

Seleccione su preferencia:						
	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	No Applicable
1. En general, estoy satisfecho con los servicios que recibió mi familiar.	<input type="checkbox"/>					
2. Recibí un Manual para la Familia y la información de Contacto del equipo de tratamiento de mi familiar.	<input type="checkbox"/>					
3. Mis llamadas telefónicas fueron devueltas a tiempo (2 días hábiles).	<input type="checkbox"/>					
4. El personal animó a mi familiar a incluirme a mí / a nosotros en su tratamiento.	<input type="checkbox"/>					
5. El personal me trata / nos trata con respeto.	<input type="checkbox"/>					
6. He recibido recursos específicos para ser miembro de la familia de un ser querido que recibe servicios de salud.	<input type="checkbox"/>					
7. El personal respeta las creencias religiosas o espirituales de mi familiar.	<input type="checkbox"/>					
8. El personal era sensible al origen cultural o étnico de mi familia.	<input type="checkbox"/>					
9. Me siento bienvenido por el personal cuando visito a mi familiar.	<input type="checkbox"/>					
10. La limpieza y la apariencia de las instalaciones fomentan la recuperación.	<input type="checkbox"/>					
11. El personal hace de la seguridad una prioridad.	<input type="checkbox"/>					
12. Veo a mi familiar progresando en su tratamiento.	<input type="checkbox"/>					
13. Se animó a mi familiar a utilizar programas dirigidos al servicio de consumidores (grupos de apoyo, consejeros, etc.).	<input type="checkbox"/>					
14. Me siento libre de expresar mi preocupación con respecto al tratamiento de mi familiar.	<input type="checkbox"/>					

15. ¿Cuánto tiempo ha estado su familiar en esta instalación? (Por favor marque una).

- a. Menos de 6 meses
- b. De 6 meses
- c. 1 year to 2 years
- d. More than 2 years

16. ¿Cuánto tiempo ha estado su familiar en esta instalación? (Por favor marque una).

- a. Mujer
- b. Hombre
- c. Mujer Trans (transgénero)
- d. Hombre Trans (transgénero)
- e. Otro
- f. Prefiero no contestar

17. ¿Qué edad tiene su familiar? _____ años

18. ¿Cuál es la raza o el origen étnico de su familiar? (Por favor marque una).

- a. Indio americano / nativo de Alaska
- b. Asiático
- c. Negro / afroamericano
- d. Nativo de Hawái / de las islas del Pacífico
- e. Blanco / Caucásico
- f. Más de una raza o grupo étnico
- g. Otro

19. ¿Considera que su familiar es de origen hispano / latino / español? (Por favor marque una).

- a. Yes
- b. No



20. ¿Tiene algún comentario que pueda mejorar la experiencia de su familiar en este hospital?
