

**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**

| <b>Seleccione su preferencia:</b>  | <b>Muy de Acuerdo</b>    | <b>De Acuerdo</b>        | <b>Neutral</b>           | <b>En Desacuerdo</b>     | <b>Muy en Desacuerdo</b> | <b>No Applicable</b>     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. En general, estoy satisfecho con los servicios que recibió mi familiar.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mis llamadas telefónicas fueron devueltas a tiempo (2 días hábiles).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. El personal animó a mi familiar a incluirme a mí / a nosotros en su tratamiento.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. El personal me trata / nos trata con respeto.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. El personal respeta las creencias religiosas o espirituales de mi familiar.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. El personal era sensible al origen cultural o étnico de mi familia.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Me siento bienvenido por el personal cuando visito a mi familiar.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. La limpieza y la apariencia de las instalaciones fomentan la recuperación.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. El personal hace de la seguridad una prioridad.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Veo a mi familiar progresando en su tratamiento.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Me siento libre de expresar mi preocupación con respecto al tratamiento de mi familiar.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

