

PediHome:

Una medida informada por familias de la calidad de atención médica domiciliaria pediátrica

VERSIÓN EN PAPEL EN ESPAÑOL

PREGUNTAS SOBRE ASISTENTE DE ENFERMERÍA CERTIFICADO (CNA) Y/O
ASISTENTE DE SALUD EN EL HOGAR

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas son sobre los asistentes de enfermería certificados (CNA) o los asistentes de atención médica en el hogar que cuidaron a su hijo/a en el ÚLTIMO MES (30 días) en que se suponía que su hijo/a recibiría atención.

Un asistente de enfermería certificado (CNA) es un miembro que no es de la familia a quien se paga para ayudar a su hijo/a de manera rutinaria en su hogar y posiblemente en la escuela, para enfermedades crónicas en curso. Un CNA no puede brindar el mismo nivel de atención que un RN o LPN, pero aún puede ayudar a vestirse, cambiarse los vendajes y medir los signos vitales.

Un asistente de salud en el hogar, también llamado asistente en el hogar, asistente de cuidado personal o asistente de cuidador, es un miembro que no es de la familia y se le paga para ayudar a su hijo/a con las actividades de la vida diaria, como vestirse, bañarse o actividades similares, en el hogar y posiblemente en la escuela.

No responda estas preguntas basándose en la atención en un hospital, centro u hogar de transición.

En su lugar, responda las preguntas basadas en CNA/Asistentes de salud en el hogar que vinieron a su hogar real para turnos diarios o nocturnos.

Preguntas sobre el acceso a la atención

Queremos tener una idea de qué tan difícil o fácil fue para usted obtener atención de CNA o de un asistente de salud en el hogar. Responda las siguientes preguntas según el **ÚLTIMO MES** (30 días) en que su hijo recibió atención de CNA/ o de un asistente de salud en el hogar.

1. ¿Cuántas horas en **TOTAL** por semana **APROBADO** la compañía de seguros y/o el programa gubernamental de su hijo/a para recibir asistencia médica en el hogar y/o atención CNA?

Por ejemplo: si su hijo/a fue aprobado para 4 horas, 5 días a la semana, escriba 20 horas.

Por ejemplo: si su hijo/a fue aprobado para 8 horas, los 7 días de la semana, escriba 56 horas.

2. ¿Cuántas horas en total por semana recibió **REALMENTE** su hijo/a cuidados de asistencia médica en el hogar y/o atención CNA?

Esta respuesta debe ser igual o menor que las horas aprobadas. No incluya las horas que pagó con su propio dinero

Por ejemplo: Su hijo/a fue aprobado para 4 horas, 5 días a la semana (20 horas) y obtuvo todas las horas, por favor ingrese 20 horas recibidas.

Por ejemplo: Su hijo/a fue aprobado para 8 horas, 7 días a la semana (56 horas), pero solo recibió atención 3 días a la semana, escriba 24 horas recibidas.

5. ¿Con qué frecuencia pudiste ...

	Nunca (0)	Rara vez (1)	Algunas veces (2)	A menudo (3)	Siempre (4)
a. recibir atención en MOMENTOS DEL DÍA que funcionó bien para su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. recibir atención en los DÍAS DE LA SEMANA que funcionó bien para su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ELEGIR qué ayudante (s) de salud o CNA (s) cuidaron a su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preguntas sobre la calidad de la atención

El siguiente conjunto de preguntas será sobre la CALIDAD de la atención recibida por parte de CNA y/o asistente de salud en el hogar.

4. Díganos su calificación general de los asistentes de cuidado personal de su hijo/a.

Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es la peor atención de enfermería domiciliaria posible y 10 es la mejor atención de enfermería domiciliaria posible.

0	1	2	3	4	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. ¿Con qué frecuencia los asistentes de salud en el hogar y/o CNA de su hijo/a ...

	Nunca (0)	Rara vez (1)	Algunas veces (2)	A menudo (3)	Siempre (4)
a. llegaron a TIEMPO para el turno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. trataron a SU HIJO con respeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trataron a USTED con respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. INTERACTUARON con su hijo/a de una manera apropiada, dadas las habilidades de su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. respetaron la PRIVACIDAD de su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. SE ENFOCARON en cuidar a mi hijo/a y no se distrajerón con otras cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Qué tan seguro estaba de que el (los) asistente (s) de salud en el hogar y/o CNA (s) de su hijo/a...

	No estoy seguro/a en absoluto (0)	Un poco confiado/a (1)	Algo seguro (2)	Bastante confiado/a (3)	Muy confiado/a (4)	ESTO NO SE APLICA PARA MI HIJO/A (99)
a. podrían ayudar a su hijo/a con actividades, como bañarse o ir al baño, de una manera SEGURA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. SABÍAN la rutina diaria de su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. SE PREOCUPARON por el bienestar de su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIN DE LAS PREGUNTAS DEL ASISTENTE DE SALUD EN EL HOGAR/CNA