

**Servicio de Hospitalización Parcial para Niños y Adolescentes**

**ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN  
PARA PADRES DE NIÑOS QUE RECIBIERON SERVICIOS**

**Su hijo y su familia:** En esta primera sección, vamos a hacerle algunas preguntas generales sobre los antecedentes. Marque la respuesta adecuada o llene el espacio en blanco.

1. ¿Cuánto tiempo recibió su hijo los servicios del Servicio de Hospitalización Parcial para Niños y Adolescentes?  
 Menos de 1 semana     1–2 semanas     2–3 semanas     3–4 semanas     Más de 4 semanas
2. Género del niño:     Femenino     Masculino
3. Edad del niño: \_\_\_\_\_
4. Origen racial o étnico del niño:  
 Negro o afroamericano     Blanco o caucásico     Hispano  
 Asiático o isleño del Pacífico     Nativo Americano o nativo de Alaska     Otro (especifique): \_\_\_\_\_
5. Idioma principal utilizado en el hogar:  
 Inglés     Español  
 Lenguaje de signos americano     Otro (especifique): \_\_\_\_\_
6. Condado de residencia (especifique): \_\_\_\_\_
7. ¿Cuál es su relación con este niño?  
 Padre/madre biológico/a     Padre/madre adoptivo/a     Otro pariente (especifique): \_\_\_\_\_  
 Tutor legal     Padre/madre de acogida

**Acceso a los servicios:** Díganos lo fácil y cómodo que ha sido acceder a los servicios de salud mental a través del Servicio de Hospitalización Parcial para Niños y Adolescentes. Para cada una de las siguientes afirmaciones, marque la casilla que mejor se ajuste a sus experiencias:

¿Cómo calificaría lo siguiente?		Mal	Regular	Bien	Excelente	No se aplica
1.	Su capacidad para elegir o rechazar los servicios de Hospitalización Parcial para su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	La rapidez con la que su hijo fue admitido para el tratamiento en Hospitalización Parcial, después de la remisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Horas en las que están disponibles los Servicios de Hospitalización Parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Facilidad para concertar citas con el Personal de la Hospitalización Parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Facilidad para presentar una queja o reclamación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Disponibilidad de los servicios que su hijo necesitaba, mientras estaba en Hospitalización Parcial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Adecuación de los servicios:** Díganos cómo se prestaron los servicios de salud mental y cuán receptivos fueron los proveedores de servicios a sus preocupaciones durante la Hospitalización Parcial de su hijo. Para cada una de las siguientes afirmaciones, marque la casilla que mejor se ajuste a sus experiencias.

¿Cómo calificaría lo siguiente?		Mal	Regular	Bien	Excelente	No se aplica
1.	La disposición del Personal de la Hospitalización Parcial a escuchar sus preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	La sensibilidad del personal hacia sus necesidades culturales, raciales, de género y religiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Seguridad donde su hijo recibió servicios de Hospitalización Parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Privacidad donde su hijo recibió servicios de Hospitalización Parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Respeto con el que usted y su hijo fueron tratados por el personal de la Hospitalización Parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Protección de la confidencialidad por parte del Personal de la Hospitalización Parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	El reconocimiento del personal del papel de usted en la recuperación de su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	La capacidad del personal para identificar los puntos fuertes y las habilidades de su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	La oportunidad para usted de participar en los cuidados de Hospitalización Parcial de su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	La oportunidad de que su hijo participe en su atención de Hospitalización Parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Información que recibió sobre la medicación sugerida o utilizada mientras estaba en Hospitalización Parcial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	El plan que usted y su hijo tienen para gestionar una crisis (Plan de Seguridad).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Capacidad/esfuerzo del personal de la Hospitalización Parcial para trabajar con otras agencias (incluyendo escuelas, proveedores de servicios ambulatorios, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Resultado de los servicios:** Díganos cuál ha sido el impacto de los servicios de salud mental desde la Hospitalización Parcial de su hijo. Para cada una de las siguientes afirmaciones, marque la casilla que mejor se ajuste a sus experiencias.

¿Cómo calificaría lo siguiente?		Mal	Regular	Bien	Excelente	No se aplica
1.	Impacto de los servicios de Hospitalización Parcial en su capacidad para ayudar a manejar el comportamiento/las emociones de su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Impacto de los servicios de Hospitalización Parcial en la capacidad de su hijo para manejar su comportamiento/emociones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Impacto de los servicios de Hospitalización Parcial en los sentimientos de su hijo sobre sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Mal	Regular	Bien	Excelente	No se aplica
4.	Apoyo que su hijo recibió de la Hospitalización Parcial para continuar trabajando hacia (o lograr) sus objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Impacto de los servicios de Hospitalización Parcial en la capacidad de su hijo para participar en la escuela o el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Utilidad de la medicación que su hijo recibió como resultado de su Hospitalización Parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Impacto de los servicios en la relación de su hijo con usted y con otras personas del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Satisfacción global:** Por último, nos gustaría conocer su opinión global sobre los servicios de salud mental prestados por el Servicio de Hospitalización Parcial para Niños y Adolescentes. Para cada una de las siguientes afirmaciones, marque la casilla que mejor se ajuste a sus experiencias.

¿Cómo calificaría lo siguiente?		Mal	Regular	Bien	Excelente	No se aplica
1.	Calidad general de los servicios de hospitalización parcial recibidos por su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Mejora general que ha hecho su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Probabilidad de que siga utilizando esta agencia cuando/si hay necesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Qué sugerencias específicas haría para mejorar nuestro programa y/o qué aspectos fueron especialmente buenos?					
5.	<p><b>Si desea que nos pongamos en contacto con usted</b> para seguir hablando de su experiencia con el Servicio de Hospitalización Parcial para Niños y Adolescentes de SBH, incluya su nombre y número de teléfono:</p> <p>Nombre: _____ Número de teléfono: _____</p>					
6.	Si prefiere ponerse en contacto con el Director del Programa de Servicio de Hospitalización Parcial para Niños y Adolescentes, a su conveniencia, llame al 273-1776.					

**Gracias por llenar esta encuesta. Díganos qué le ha parecido la encuesta.**

1.	¿Cuánto tiempo le llevó completar esta encuesta? <input type="checkbox"/> Menos de 5 minutos <input type="checkbox"/> 6-10 minutos <input type="checkbox"/> 11-15 minutos <input type="checkbox"/> 16-20 minutos <input type="checkbox"/> Más de 20 minutos
2.	La encuesta fue: <input type="checkbox"/> Demasiado breve <input type="checkbox"/> Más o menos la duración adecuada <input type="checkbox"/> Demasiado larga
3.	En general, los elementos de la encuesta eran: <input type="checkbox"/> Nada claros <input type="checkbox"/> A veces claros <input type="checkbox"/> Mayormente claros