Departamento de Bienestar Público y Departamento de la Vejez de Pensilvania
Oficina de Vida a Largo Plazo
Oficina de Gestión de Calidad, Métrica y Analítica
División de Control de Calidad

** Complete esta encuesta utilizando un **bolígrafo azul o negro**, o un lápiz **número 2**. Complete el óvalo totalmente, como se muestra en el siguiente ejemplo. **No marque con una (✓) o X.** **

POR EJEMPLO:

3. Me dieron información clara sobre cómo elegir mis servicios.	●	○	○	○

Encuesta sobre nueva inscripción

Se usará la siguiente escala de respuesta para todas las preguntas en esta sección:

SÍ **NO** ***NO APLICA** **NO ENTIENDO**

**(NO APLICA = la pregunta no se aplica a usted.)*

	SÍ	NO	NO APLICA	NO ENTIENDO
1. Participo en la elección de los servicios que me ayudan a quedarme en mi casa.	○	○	○	○
2. Mi Coordinador de Servicios me ayuda a obtener mis servicios. (Al Coordinador de Servicios se lo puede llamar también Administrador de Cuidados o Coordinador de Asistencia.)	○	○	○	○
3. Me dieron información clara sobre cómo elegir mi(s) servicio(s).	○	○	○	○
4. Estoy conforme con el tiempo que se llevó para empezar a recibir los servicios.	○	○	○	○
5. Necesito servicios que no están disponibles.	○	○	○	○
6. Me dieron la información necesaria sobre quien coordina mis servicios.	○	○	○	○
7. Estoy familiarizado con mi plan de servicios personalizado.	○	○	○	○
8. Sé con quien debo hablar si tengo preguntas o inquietudes sobre mis servicios.	○	○	○	○
9. Puedo elegir la agencia que me brinda los servicios.	○	○	○	○
10. Me dieron la información necesaria sobre cómo elegir a la agencia que me brinda los servicios.	○	○	○	○

Se usará la siguiente escala de respuesta para todas las preguntas en esta sección:

SÍ **NO** ***NO APLICA** **NO ENTIENDO**

**(NO APLICA = la pregunta no se aplica a usted.)*

	SÍ	NO	NO APLICA	NO ENTIENDO
11. Necesito que me brinden los servicios más seguido de lo que los recibo.	○	○	○	○
12. Puedo elegir a la persona que coordina mis servicios.	○	○	○	○
13. Me dieron información clara sobre cómo elegir a la agencia que me brinda los servicios.	○	○	○	○
14. Puedo elegir a la(s) persona(s) que me brindan asistencia personal.	○	○	○	○
15. Sé con quien debo hablar si tengo alguna queja.	○	○	○	○
16. Quisiera algunos cambios en mi plan de servicio personal.	○	○	○	○
17. Me dieron información clara sobre cómo elegir a la persona que coordina mis servicios.	○	○	○	○
18. El Coordinador de Servicios me ayuda. (Al Coordinador de Servicios se lo puede llamar también Administrador de Cuidados o Coordinador de Asistencia.)	○	○	○	○
19. Sé quien me brindará los servicios.	○	○	○	○
20. Me dieron la información necesaria sobre la persona que me brinda asistencia personal.	○	○	○	○
21. Participo del proceso de planificación de mi servicio individual.	○	○	○	○
22. Me dieron información clara sobre las personas que me brindan asistencia personal.	○	○	○	○
23. En general, estoy conforme con la cantidad de servicios que recibo.	○	○	○	○

Se usará la siguiente escala de respuesta para todas las preguntas en esta sección:

SÍ **NO** ***NO APLICA** **NO ENTIENDO**

**(NO APLICA = la pregunta no se aplica a usted.)*

	SÍ	NO	NO APLICA	NO ENTIENDO
24. En general, estoy conforme con la agencia que me brinda los servicios.	○	○	○	○
25. En general, estoy conforme con los tipos de servicios que recibo.	○	○	○	○
26. En general, estoy conforme con mi capacidad para dirigir los servicios que uso.	○	○	○	○
27. En general, estoy conforme con la persona que coordina mis servicios.	○	○	○	○
28. En general, estoy conforme con la manera en que mi plan de servicio individual satisface mis necesidades.	○	○	○	○
29. En general, estoy conforme con las personas que me brindan asistencia personal.	○	○	○	○
30. En general, mi Coordinador de Servicios satisface mis necesidades. (Al coordinador de Servicios se le puede llamar también Administrador de Cuidados o Coordinador de Asistencia.)	○	○	○	○
31. En general, estoy conforme con mi Coordinador de Servicios. (Al coordinador de Servicios se le puede llamar también Administrador de Cuidados o Coordinador de Asistencia.)	○	○	○	○
32. Sé cómo reportar si hay abuso, descuido o explotación, incluido el uso de reclusión y otras restricciones.	○	○	○	○

Se usará la siguiente escala de respuesta para todas las preguntas en esta sección:

NUNCA **CASI NUNCA** **A VECES** **SIEMPRE**

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	SIEMPRE
33. Cuando llamo por un problema, recibo ayuda.	○	○	○	○
34. Cuando dejo un mensaje, las personas que me brindan asistencia personal me devuelven la llamada dentro de las 24 horas después de haber dejado el mensaje.	○	○	○	○
35. Mi Coordinador de Servicios me devuelve las llamadas telefónicas y hace el seguimiento de mi caso. (Al coordinador de Servicios se le puede llamar también Administrador de Cuidados o Coordinador de Asistencia.)	○	○	○	○

Se usará la siguiente escala de respuesta para todas las preguntas en esta sección: **NUNCA** **CASI NUNCA** **A VECES** **SIEMPRE**	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	SIEMPRE
36. Cuando llamo a la persona o agencia que coordina mis servicios, me devuelven la llamada dentro de las 24 horas después de haber dejado el mensaje.	○	○	○	○
37. Cuando llamo a la agencia que me brinda los servicios, me devuelve la llamada dentro de las 24 horas después de haber dejado el mensaje..	○	○	○	○

¿Quién completa esta encuesta?

- ○ Interesado
- ○ Cónyuge
- ○ Proveedor de servicio
- ○ Amigo (puede ser un cuidador)
- ○ Otro _____

Si tiene algún problema con su servicio y desea comunicarse con la Oficina de Vida a Largo Plazo, llame a la línea de ayuda a participantes de la Oficina de Vida a Largo Plazo al 1-800-757-5042.