

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN de residentes y familiares
(Ayuda al Anciano sobre Residencias)**

RESIDENCIALOCALIDAD.....FECHA.....

RESIDENTE.....FAMILIAR.....

SEXO H M PARENTESCO.....

EDAD

AÑOS/MESES/DIAS EN LA RESIDENCIA.....

HAB. IND. O DOBLE

¿CONOCE LAS NORMAS DE RÉGIMEN INTERNO?.....

¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE VISITAS?.....

¿HAY ALGÚN PROBLEMA REFERIDO A LAS VISITAS?.....

Mucho Poco Regular No contesta

1 ¿LE GUSTA SU HABITACIÓN?

2 ¿Y SU BAÑO?

3 ¿LE AGRADA EL MOBILIARIO Y LA DECORACIÓN?

4 ¿HAY ORDEN Y LIMPIEZA EN EL DORMITORIO?

5 ¿LE AGRADA SU COMPAÑERO/A DE CUARTO?

6 ¿ESTÁ CÓMODO/A EN LAS SALAS DE ESTAR DEL CENTRO?

7 ¿Y EN LOS JARDINES Y EN EL SOLARIUM?

8 ¿Y EN EL COMEDOR?

9 ¿LE AGRADA LA SALA DE TALLERES Y ACTIVIDADES?

10 ¿Y LOS PASILLOS Y ZONAS DE DESCANSO?

11 ¿LE PARECE BIEN EL HORARIO DE LEVANTARSE?

12 ¿Y EL DE LAS COMIDAS?

13 ¿Y EL HORARIO DE LOS TALLERES OCUPACIONALES?

14 ¿Y EL DE TIEMPO LIBRE, PASEO Y TELEVISIÓN?

15 ¿Y EL HORARIO DE VISITAS?

16 ¿ESTÁ CONTENTO CON LA CALIDAD DE LA COMIDA?

17 ¿Y CON LA CANTIDAD DE COMIDA?

18 ¿CONSIDERA QUE SU ALIMENTACIÓN ES VARIADA?

19 ¿LE PARECE ACERTADO EL MENÚ, INCLUIDOS LOS POSTRES?

20 ¿SE SIENTE A GUSTO CON LA AYUDA QUE RECIBE PARA COMER?

21 ¿SIENTE LIBERTAD PARA SALIR DEL CENTRO O IR A LOS SALONES?

22 ¿Y PARA LLAMAR POR TELÉFONO?

23 ¿Y PARA TOMAR EL SOL O ESTAR A LA SOMBRA?

24 ¿Y PARA BEBER A CUALQUIER HORA?

25 ¿Y PARA ELEGIR ACTIVIDADES OCUPACIONALES?

- 26 ¿ESTÁ LA ROPA DE SU HABITACIÓN LIMPIA Y ORDENADA?
- 27 ¿TIENE AYUDA O SUPERVISIÓN PARA BAÑARSE?
- 28 ¿TIENE AYUDA O SUPERVISIÓN PARA LEVANTARSE, VESTIRSE O DESVESTIRSE?
- 29 ¿TIENE AYUDA PARA COMER Y TOMAR LOS MEDICAMENTOS?
- 30 ¿PARTICIPA Y LE GUSTAN LAS ACTIVIDADES OCUPACIONALES?
- 31 ¿PARTICIPA Y LE GUSTAN LAS ACTIVIDADES DE FISIOTERAPIA O GIMNASIA?
- 32 ¿PARTICIPA EN FIESTAS Y EXCURSIONES?
- 33 ¿PARTICIPA EN ACTOS RELIGIOSOS?
- 34 ¿PARTICIPA EN COMIDAS ESPECIALES?

- 35 ¿SON AMABLES CON USTED LOS COMPAÑEROS RESIDENTES?
- 36 ¿Y LAS EMPLEADAS/OS DE LA RESIDENCIA?
- 37 ¿Y EL/LA MÉDICO Y ENFERMERA/O?
- 38 ¿Y LAS AUXILIARES SANITARIAS?
- 39 ¿Y LA DIRECCIÓN Y ENCARGADOS DEL CENTRO?

- 40 ¿SE ENCUENTRA EN LA RESIDENCIA COMO EN CASA?
- 41 ¿SE ABURRE EN LA RESIDENCIA?
- 42 ¿SE CANSA DE LAS ACTIVIDADES?
- 43 ¿SE DEPRIME CON LOS OTROS RESIDENTES?
- 44 ¿SE MOLESTA CON LAS VISITAS?
- 45 ¿SE MOLESTA CON EL PERSONAL DE SERVICIO?

- 46 ¿SE SIENTE BIEN ATENDIDO CUANDO ESTÁ ENFERMO?
- 47 ¿LE ATIENDEN RÁPIDO SI LLAMA POR LA NOCHE?
- 48 ¿CONFÍA EN EL MÉDICO Y EN LA DIRECCIÓN DEL CENTRO?
- 49 ¿LE ATIENDEN IGUAL LOS FINES DE SEMANA Y FESTIVOS?

- 50 ¿PUEDE ESTAR SOLO O RECIBIR VISITAS EN SU HABITACIÓN?
- 51 ¿PUEDE ESTAR SOLO O RECIBIR VISITAS EN LOS SALONES?
- 52 ¿PUEDE ESTAR SOLO O RECIBIR VISITAS EN LOS JARDINES?
- 53 ¿TIENE MIEDO DE QUE LE FALTE DINERO, ROPA, JOYAS, ETC?
- 54 ¿TIENE GANAS DE COMER ENTRE COMIDAS?
- 55 ¿TIENE SED ENTRE COMIDAS?

- 56 ¿ACONSEJARÍA USTED ESTE CENTRO A OTROS?
- 57 ¿NECESITA O QUIERE APOYO ESPIRITUAL O RELIGIOSO?
- 58 ¿MEJORARÍA USTED ALGUNA COSA?
- 59 ¿ECHA ALGO EN FALTA?
- 60 ¿QUIERE AÑADIR ALGO?

Firma (opcional) del residente encuestado

firma de del encuestador