Paciente Hospitalizado de Psiquiatría

Responda cada enunciado según su experiencia durante su hospitalización actual. Si una pregunta no se aplica a su caso, elija "No aplica."
Responda abierta y honestamente.

Relación con el Equipo De Tratamiento	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Neutral	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
Mi médico/proveedor me trató con cuidado y respeto.						
Mi médico/proveedor valoró mi opinión aunque no siempre estuviéramos de acuerdo.						
Mi médico/proveedor me ayudó a entender mis opciones de tratamiento.						
Pude opinar en las decisiones sobre mi tratamiento						
Mi trabajador social me ayudó a incluir a mi familia u otros apoyos en mi tratamiento, si quise hacerlo.						

Ambiente Curativo	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Neutral	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
La unidad estaba limpia.						
Me sentí físicamente seguro mientras estaba en la unidad.						
Tuve acceso a un lugar tranquilo si lo necesitaba.						
Había opciones de comida saludable.						
Tenía acceso suficiente al aire fresco o a la luz natural.						
Me sentí satisfecho con los servicios disponibles durante los fines de semana.						
Recibí apoyo para mantenerme ocupado y buscar actividades sociales/recreativas.						

Efectividad del Tratamiento	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Neutral	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
Los síntomas/problemas por los que me hospitalizaron se han aliviado.						
La terapia en grupo me ayudó.						
Tengo competencias para tratar los síntomas/problemas que enfrento en la vida diaria.						
Mis medicamentos me ayudarán.						
Tendré los recursos que necesito para que me vaya bien después de irme del hospital.						

Enfermería y Presencia del Equipo	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Neutral	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
Los enfermeros fueron atentos y respetuosos.						
Los consejeros/técnicos fueron atentos y respetuosos.						
Los enfermeros prestaron atención a mis necesidades.						
Los consejeros/técnicos prestaron atención a mis necesidades.						
El personal prestó atención a lo que sucedía en la unidad.						
El personal trabajó en equipo para atenderme.						

PRA Disclosure Statement

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1171. Esta recopilación de información asociada con el Inpatient Psychiatric Facility Quality Reporting Program promueve una atención médica de mayor calidad y más eficiente para los beneficiarios de Medicare mediante la recopilación y presentación de informes sobre métricas de calidad de la atención. La información recopilada a través de esta encuesta, así como los demás requisitos de recopilación de información aprobados según la 0938-1171, se pone a disposición de los consumidores, tanto para empoderar a los beneficiarios de Medicare e informar la toma de decisiones, como para proporcionar incentivos para que los centros de atención médica realicen mejoras continuas. Se estima que el tiempo necesario para completar esta encuesta es de un promedio menos de 5 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, revisar y completar la recopilación de información. De conformidad con la sección 1886(s)(4)(C) de la Social Security Act, agregada y enmendada por las secciones 3401 y 10322 de la Affordable Care Act (ACA) y enmendada por la sección 4125(c) de la Consolidated Appropriations Act de 2023, esta recopilación de información es necesaria para obtener o conservar un beneficio. La información se mantendrá privada en la medida en que lo disponga la ley. Si tiene comentarios sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850