

Herramienta Evaluativa del Que Brinda Cuidados de Salud Familiar

Nombre del Cuidador: _____
Nombre de la Persona que recibe el Cuidado: _____
Relación con la Persona: _____
Fecha en la que llene ésta encuesta: _____

El propósito de ésta encuesta es la de evaluar como tú, como cuidador, te sientes en tu papel de cuidador, tus necesidades como cuidador y los cuidados futuros de la persona en tu vida. Esta encuesta es simplemente una herramienta para empezar a explorar estas problemáticas para ti mismo y poder ayudarte en la formación de tus ideas conforme avanzas en el proceso de Planificación Centrada-en-la-Persona. Para poder usar esta encuesta con todas las distintas personas que pasarán por el proceso de Planificación Centrada-en-la-Persona. En éste formato se hace referencia a persona a quien tú le brindas cuidados como la “persona.”

**1. ¿Qué tipo de cuidados prestas actualmente?
(Marca los pertinentes)**

- No le doy cuidado alguno a la persona
- Toma de decisiones médicas (es decir, Apoderado Médico Formal]
- Manejo de finanzas y toma de decisiones (es decir, Apoderado Financiero Formal)
- Levantar
- Bañar
- Alimentar
- Transporte
- Compra de provisiones (Mercado)
- Recordatorios de las tareas diarias (es decir, higiene)
- Otros: _____

2. ¿Necesitas supervisar a la persona?

- Sí
 - Por seguridad y protección personal
 - Por motivos médicos
 - Otros: _____
- No
- No aplica

3. ¿Qué tan seguido prestas el cuidado (Marca los pertinentes)

- No le doy cuidado físico directo
- Presto cuidados las 24 horas del día
- Todos los días por unas cuantas horas
- Unos cuantos días a la semana
- Otros: _____

**4. ¿Quién te ayuda a darle la atención y cuidados
(Marca los pertinentes)**

- Le doy los cuidados sin ayuda
- Un familiar
- Un amigo
- Un proveedor pagado
 - Respite
 - Attendant Care
- Otro: _____
- No aplica

**5. ¿Cómo dirías que es tu nivel de estrés asociado a los
cuidados que prestas a la persona?**

- Estrés diario
- Estrés de vez en cuando
- Sin estrés que tenga que ver con el cuidado a la persona
- Otros: _____

**6. ¿Has pensado como le vas a proporcionar cuidados
a la persona en el futuro a largo plazo?**

- Sí
- No

**7. Si la respuesta es sí, ¿Que tantos cuidados piensas
seguir proporcionándole en el futuro?**

- Mi plan es proporcionar más cuidados
- Mi plan es proporcionar el mismo nivel de cuidados en el futuro como lo hago hoy en día
- Mi plan es proporcionar ciertos cuidados en el futuro
- Mi plan es no proporcionar cuidados en el futuro
- Otros: _____

8. **En caso de que fallezcas o no puedas brindar cuidados por otras causas, ¿has pensado en quién pudiera o quién proporcionara los cuidados en el futuro?**
- Sí
 - No
 - No aplica
9. **¿Has pensado que otros apoyos serán necesarios para el cuidado en el futuro? Esto podría incluir la opción de una colocación residencial (de un hogar de grupo a vida independiente, a traer apoyos adicionales a tu casa, etc.)**
- Sí
 - No
 - No aplica
10. **¿Sabes dónde encontrar información acerca de los posibles apoyos que necesitarás para proporcionar los cuidados en el futuro?**
- Sí
 - No
 - No aplica
11. **¿Has empezado a hablar sobre estas opciones con la persona a quien le brindas cuidados?**
- Sí
 - No
 - No aplica
12. **¿Has hablado de alguna de estas opciones con otros en tu vida? Puede ser un familiar, un amigo, el encargado del caso o trabajador social, u otra persona.**
- Sí
 - No
 - No aplica
13. **¿Qué tanto te preocupa el cuidado futuro de la persona?**
- Me preocupa todos los días
 - Me preocupa a veces
 - Nunca me preocupa
 - Otros: _____
14. **¿Hablas con alguien en tu vida de tus preocupaciones acerca del cuidado futuro de la persona?**
- Sí
 - No
 - No aplica
15. **Si hablas con alguien en tu vida sobre lo que te preocupa, ¿Quién es o quiénes son?**
- Un familiar
 - Un amigo
 - Un proveedor pagado
 - Un coordinador de apoyos, encargado del caso o trabajador social
 - Otros: _____
 - No aplica
16. **¿Tienes problemas de salud (médicos, físicos, salud mental, o de otro tipo) que pudieran impedir que proporciones cuidados en el futuro?**
- Sí
 - No
 - No aplica
17. **¿Te preocupa como estos problemas de salud pudieran afectar el cuidado que proporcionas?**
- Sí
 - No
 - No aplica
18. **¿Te preocupa cómo vas a poder seguir proporcionando el cuidado en el futuro?**
- Sí
 - No
 - No aplica
19. **¿Conoces de los recursos financieros que podrían estar a tu alcance o al alcance de la persona que cuidas?**
- Sí
 - No
 - No aplica
20. **¿Sabes dónde encontrar información sobre esos recursos financieros?**
- Sí
 - No
 - No aplica



Creado por el Centro para la Excelencia en Discapacidades de Desarrollo de la Universidad Sonoran, Universidad de Arizona, Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria para el Programa Modelo de Planificación Centrada-en-la Persona del Sur de Arizona