

## Estudio Sobre La Disposición Para El Alta Hospitalaria - Formulario Para Los Padres

Por favor, haga clic en su respuesta. La mayoría de las respuestas tienen una escala de puntos del 0 al 10. Las palabras que están debajo del número indican qué significan el 0 o el 10. Escoja el número comprendido entre el 0 y el 10 que describe mejor cómo se siente. Por ejemplo, si marca con un círculo el 7 significa que usted se identifica más con la descripción del número 10 que la del 0, pero no del todo.

1. Número de identificación del estudio

\* 2. Cuando piensa acerca de que su niño/a ha sido dado/a de alta del hospital, usted se siente **preparado/a** para traerlo/a a casa tal y como estaba planificado?

- No  
 Sí

\* 3. ¿Su niño/a está **preparado/a** para irse a casa?

- No  
 Sí

\* 4. ¿Usted se encuentra físicamente **preparado/a** para irse a casa?

Nada preparado/a											Totalmente preparado/a
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 5. ¿Su niño/a se encuentra físicamente **preparado/a** para irse a casa hoy?

Nada preparado/a										Totalmente preparado/a
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 6. ¿Cómo describiría su nivel de dolor o molestia hoy?

Sin dolor/molestia										Dolores/molestias fuertes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 7. ¿Cómo describiría el nivel de dolor o molestia de su niño/a hoy?

Sin dolor/molestia											Dolores/molestias fuertes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 8. ¿Cómo describiría la fuerza que tiene hoy?

Débil											Fuerte
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 9. ¿Cómo describiría la fuerza que tiene su niño/a hoy?

Débil											Fuerte
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 10. ¿Cómo describiría la energía que tiene hoy?

Poca energía											Mucha energía
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 11. ¿Cómo describiría la energía que tiene su niño/a hoy?

Poca energía											Mucha energía
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 12. ¿Cuánto estrés siente que tiene hoy?

Ninguno											Mucho
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 13. ¿Qué tan preparado/a emocionalmente se siente para irse a casa hoy?

Nada preparado/a											Totalmente preparado/a
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 14. ¿Qué tan difícil será manejar **las emociones o el comportamiento** de su niño/a en casa?

Sin dificultad											Con mucha dificultad
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 15. ¿Cómo describiría **sus habilidades físicas** para cuidar de sí mismo/a hoy (por ejemplo, higiene, andar, aseo)?

No es capaz											Es totalmente capaz
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 16. ¿Qué tan preparado/a está **su niño/a** para realizar **actividades normales** para su edad (por ejemplo, comer, bañarse, asearse, jugar)?

No es capaz											Es totalmente capaz
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 17. ¿Cuánto sabe acerca de la **atención de su niño/a** después de irse a casa?

No sabe absolutamente nada											Lo sabe todo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 18. ¿Cuánto **sabe** acerca de la atención de las **necesidades personales** de su niño/a (por ejemplo, higiene, bañarse, asearse, alimentarse, jugar) después de irse a casa?

No sabe absolutamente nada											Lo sabe todo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 19. ¿Cuánto **sabe** acerca de lo que necesita su niño/a para su **crecimiento y desarrollo**?

No sabe absolutamente nada

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lo sabe todo

\* 20. ¿Cuánto **sabe** acerca de la atención de las **necesidades médicas** de su niño/a (tratamientos, medicamentos) después de irse a casa?

No sabe absolutamente nada

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lo sabe todo

\* 21. ¿Cuánto **sabe** acerca de los **problemas para los que tiene que estar atento**/a después de irse a casa?

No sabe absolutamente nada

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lo sabe todo

\* 22. ¿Cuánto **sabe** acerca de a **quién llamar y cuándo llamar** si su niño/a presenta problemas después de irse a casa?

No sabe absolutamente nada

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lo sabe todo

\* 23. ¿Cuánto **sabe** acerca de **qué tiene permitido y qué no tiene permitido** su niño/a después de irse a casa?

No sabe absolutamente nada

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lo sabe todo

\* 24. ¿Cuánto **sabe acerca de lo que sucede después** en el plan de tratamiento médico de seguimiento de su niño/a después de irse a casa?

No sabe absolutamente nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Lo sabe todo

\* 25. ¿Cuánto **sabe acerca de los servicios y la información** disponible en su comunidad para usted y su niño/a después de irse a casa?

No sabe absolutamente nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Lo sabe todo

\* 26. ¿Qué tan bien sabrá **manejar las exigencias** de la vida en casa?

Para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Perfectamente

\* 27. ¿Qué tan bien sabrá **atender** las necesidades de **atención personal** de su niño/a (por ejemplo, higiene, bañarse, asearse, comer)?

Para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Perfectamente

\* 28. ¿Qué tan bien sabrá **realizar** los **tratamientos médicos** de su niño/a (por ejemplo, cuidados de una herida, tratamientos para la respiración, uso del equipo o administración de medicamentos con las cantidades adecuadas y a la hora correcta) después de irse a casa?

Para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Perfectamente

\* 29. ¿Cuánto **apoyo emocional** tendrá después de irse a casa?

Ninguno 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

\* 30. ¿Cuánta **ayuda** tendrá con las necesidades de **atención personal** de su niño/a después de irse a casa?

Ninguna										Mucha
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 31. ¿Cuánta **ayuda** tendrá con las **actividades del hogar** (por ejemplo, cocinar, limpiar, comprar, cuidar de los niños) después de irse a casa?

Ninguna										Mucha
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 32. ¿Cuánta **ayuda** tendrá con las necesidades de **atención médica** de su niño/a (tratamientos, medicamentos) después de irse a casa?

Ninguna										Mucha
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Gracias por responder a nuestra encuesta.**