

HOJA DE TRABAJO “PREGUNTAS QUE DEBE HACER”

A continuación encontrará un cuestionario para servicios de asistencia médica a domicilio. Utilice esta lista de verificación cuando entreviste a posibles agencias de atención domiciliaria. Los servicios y productos necesarios para permitir que alguien viva en vuestro hogar pueden ser numerosos y diversos. Esta hoja de trabajo le ayudará a evaluar si las agencias que está considerando pueden o no pueden satisfacer sus necesidades de atención domiciliaria. No todas las preguntas aplican a su situación particular en función del tipo de atención domiciliaria que usted necesite.

Complete la siguiente información para cada agencia /proveedor. En las siguientes páginas, marque con un círculo sobre la S (sí) o sobre la N (no) en cada pregunta. Esta hoja de trabajo le dará una comparación directa para cada agencia / proveedor.

1	Agencia / Proveedor: _____ Fecha: _____
	Dirección: _____
	Administrador: _____
	Teléfono: _____ Correo electrónico / sitio Web: _____
	Ventajas: _____
	Desventajas: _____
	Calificación general (marque con un círculo una de las siguientes) Excelente Buena Regular Pobre
2	Agencia / Proveedor: _____ Fecha: _____
	Dirección: _____
	Administrador: _____
	Teléfono: _____ Correo electrónico / sitio Web: _____
	Ventajas: _____
	Desventajas: _____
	Calificación general (marque con un círculo una de las siguientes) Excelente Buena Regular Pobre
3	Agencia / Proveedor: _____ Fecha: _____
	Dirección: _____
	Administrador: _____
	Teléfono: _____ Correo electrónico / sitio Web: _____
	Ventajas: _____
	Desventajas: _____
	Calificación general (marque con un círculo una de las siguientes) Excelente Buena Regular Pobre

AGENCIA UNO	AGENCIA DOS	AGENCIA TRES	
S N	S N	S N	SOBRE LA AGENCIA
S N	S N	S N	¿Puede su agencia proveer todos los cuidados que necesito?
S N	S N	S N	Si respondió NO ¿Puede su agencia ayudarme a coordinar o encontrar los servicios o productos adicionales que necesito?
S N	S N	S N	¿Hay algún cargo adicional por ayudarme a coordinar o encontrar esos servicios o productos?
S N	S N	S N	¿Tiene la agencia licencia, fianza, y seguro?
S N	S N	S N	¿Está la agencia cubierta bajo una póliza contra negligencia médica?
S N	S N	S N	¿Es el dueño de la agencia una persona local?
—	—	—	¿Cuánto tiempo hace que la agencia opera sus negocios en mi comunidad?
S N	S N	S N	¿Ha sido la agencia acreditada por la JCHAO (<i>Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias</i>)?
S N	S N	S N	¿Es la agencia miembro de alguna organización profesional?
S N	S N	S N	¿Es la agencia inspeccionada por alguna organización exterior?
S N	S N	S N	¿Puedo ver los resultados de dicha inspección?
S N	S N	S N	¿Voy a poder contactar con alguien de su agencia en todo momento?
S N	S N	S N	¿Tiene su agencia una lista de referencias de clientes a los que podría llamar?
S N	S N	S N	¿Es mi cuidador evaluado sobre el cuidado que recibo?
S N	S N	S N	¿Han pasado los cuidadores de la agencia una inspección de antecedentes penales y una evaluación de sustancias?
S N	S N	S N	¿Han obtenido referencias personales para todos los cuidadores?
S N	S N	S N	¿Como supervisan a mi cuidador?
S N	S N	S N	¿Podría hablar con el supervisor de mi cuidador si fuera necesario?
S N	S N	S N	¿Siempre me atendería el mismo cuidador?
S N	S N	S N	¿Ha recibido mi cuidador capacitación en el tipo de cuidado que necesito?
S N	S N	S N	¿Reciben sus cuidadores educación y capacitación continuada?
S N	S N	S N	¿Puedo elegir a mi cuidador?
S N	S N	S N	¿Puedo solicitar que me cambien de cuidador si no me sintiera contento con el que me asignaron?
S N	S N	S N	¿Provee su agencia cuidadores permanentes (viven dentro del hogar)?
S N	S N	S N	En caso afirmativo (SI) ¿hay algún descuento en la tarifa descontada por los servicios de cuidado?
			SOBRE EL CUIDADOR
S N	S N	S N	¿Es el cuidador empleado de la agencia o un contratista independiente inscrito en un registro?
S N	S N	S N	¿Cuentan los cuidadores con licencia, fianza, y seguro?
S N	S N	S N	¿Está el cuidador cubierto por un seguro de compensación laboral?
S N	S N	S N	¿Hace la agencia una inspección de antecedentes penales a todos los cuidadores?
S N	S N	S N	¿Revisan si el cuidador tiene una licencia de conducir vigente y un récord limpio de conducción?
S N	S N	S N	¿Habla el cuidador que se me designe mi propio idioma?
—	—	—	¿Cuántos años de experiencia tiene mi cuidador en el tipo de cuidado que voy a recibir?
S N	S N	S N	¿Estará mi cuidador completamente informado sobre mis necesidades de cuidado y limitaciones?
			SOBRE EL CUIDADO
S N	S N	S N	¿Diseñará su agencia un plan de cuidado para mí?
S N	S N	S N	¿Se preparará por escrito mi plan de cuidado?
S N	S N	S N	¿Consultará la agencia con mi familia cuando se diseñe mi plan de cuidado?
S N	S N	S N	¿Consultará la agencia con mi médico cuando se diseñe mi plan de cuidado? ¿Cuán frecuente su agencia evaluará mi cuidado?

FACILIDAD UNO	FACILIDAD DOS	FACILIDAD TRES	
S N	S N	S N	¿Será mi cuidado revisado regularmente conmigo y con los miembros de mi familia?
S N	S N	S N	¿Podrá mi cuidador llevarme a mi médico / citas médicas?
S N	S N	S N	¿Se incurren costos adicionales de transporte?
S N	S N	S N	¿Está mi cuidador asegurado por su agencia para proporcionar transporte?
S N	S N	S N	SOBRE EL CONTRATO Y LOS COSTOS
S N	S N	S N	¿Hay un contrato por escrito donde se muestre el monto de los honorarios de su agencia por los servicios y productos?
S N	S N	S N	¿Hay un contrato por escrito sobre el cuidado que voy a recibir?
S N	S N	S N	¿Puedo cancelar mi contrato?
S N	S N	S N	¿Requiere la agencia que pague un depósito de servicio?
S N	S N	S N	¿Brinda la agencia un plan de pago para cuentas privadas?
S N	S N	S N	¿Cómo le pago a la agencia por sus servicios de mi cuidado?
S N	S N	S N	¿Voy a recibir una factura detallada por los servicios y productos?
S N	S N	S N	¿Tiene la agencia certificación de Medicare/Medicaid?
S N	S N	S N	¿Cubre Medicare todas mis necesidades de cuidado?
_____	_____	_____	Si respondió afirmativamente (Sí) ¿Por cuánto tiempo?
S N	S N	S N	Si respondió negativamente (No) ¿Se me notificará antes de recibir mi cuidado?
S N	S N	S N	¿Facturará la agencia a Medicare o a mi seguro directamente?
S N	S N	S N	¿Cubre mi seguro privado todas mis necesidades de cuidado?
_____	_____	_____	Si respondió afirmativamente (Sí) ¿Por cuánto tiempo?
S N	S N	S N	Si respondió negativamente (No) ¿Se me notificará antes de recibir mi cuidado?