



Company Name

**HOME HEALTH AIDE**  
**REPORTE DE SATISFACCION DE EL PACIENTE**

PAGE 1 OF 1

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Día admitido de la agencia: \_\_\_\_\_

Nombre de el asistente de enfermeria: \_\_\_\_\_

**Favor de marcar el cuidado personal otorgado por la (el) asistente de enfermeria**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Baño                   | <input type="checkbox"/> Organizacion de la habitacion |
| <input type="checkbox"/> Cuidade de cabello     | <input type="checkbox"/> Preparacion de comidas        |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de las uñas    | <input type="checkbox"/> Servir (alimentos)            |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de los pies    | <input type="checkbox"/> Hygiene oral                  |
| <input type="checkbox"/> Limpieza de cocina     | <input type="checkbox"/> Tintoreria                    |
| <input type="checkbox"/> Afeitar (razurar)      | <input type="checkbox"/> Compras                       |
| <input type="checkbox"/> Cambio de ropa de cama | <input type="checkbox"/> Limpieza                      |
| <input type="checkbox"/> Asistencia ambulatoria |  |

**EVALUACION DE LA (EL) ASISTENTE DE ENFERMERIA**

1. ¿La (el) asistente deja el medio ambiente limpio? .....  Si  No
2. ¿La (el) asistente deja la cama tendida? .....  Si  No
3. ¿La (el) asistente tiene buena apariencia? .....  Si  No
4. ¿La (el) asistente tiene una buena actitud? .....  Si  No
5. ¿Que numero le dana usted de uso escala de 1 al 10? ..... \_\_\_\_\_
6. ¿La (el) asistente es cortes? .....  Si  No
7. ¿La (el) asistente le proveen un comedero en su ambiente? .....  Si  No
8. ¿Usted siente que el servicio prestado por la asistente le ayuda en su recuperacion? .....  Si  No
9. ¿Usted considera que el asistente ha mostrado interes en su condicion? .....  Si  No
10. ¿Esta usted satisfecho con la ayuda de enfermera? .....  Si  No
11. ¿Usted considera que el asistente ha proporcionado satisfacer sus necesidades personales? .....  Si  No

Favor de comunicarnos cualquier comentario o sugerencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de el supervisor agencia

\_\_\_\_\_  
Fecha