

**THE CHILDREN'S HOSPITAL  
PEDIATRIC SEDATION PATIENT SATISFACTION SURVEY**

Estimado Paciente y Familia: Nuestro Personal y Médicos del equipo de Sedación Pediátrica se están esforzando para brindarle el mejor servicio posible durante su estancia en la Unidad de Sedación Pediátrica. El propósito de esta encuesta es el de utilizar sus opiniones para así ayudarnos a evaluar nuestro servicio. Por favor, tome usted unos cuantos minutos para completar esta encuesta al marcar la expresión que más refleja sus sentimientos. Por favor, regrese la encuesta colocándola en el sobre incluido. Esta encuesta es confidencial y nadie se pondrá en contacto con usted al menos que usted firme abajo expresando que usted desee contacto personal.

**Mi niño/a tuvo Sedación Pediátrica para: (favor de marcar uno)**  
**MRI \_\_\_\_\_ Procedimiento/Examen con anestesia \_\_\_\_\_ VCUG \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_**

Preguntas	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
Los/as enfermeros/as estuvieron dispuestos a hablar conmigo y mi niño/a referente a nuestras ansiedades y mortificaciones.					
Las preferencias y necesidades de mi niño/a y familia fueron comunicados e incluidos en los cuidados de mi niño/a.					
Mi niño/a y familia estuvieron adecuadamente involucrados en las decisiones que afectan los cuidados de mi niño/a.					
El riesgo y los beneficios de la anestesia se me explicaron de una manera en que yo pude entender.					
Mi niño/a y la familia se sintieron respetados y tomados en cuenta.					
Mi niño/a estuvo en un ambiente limpio y saludable.					
Fue adecuadamente dirigido el asunto referente al dolor de mi niño/a.					
Tuve confianza en los cuidados de los/as enfermeros/as atendiendo a mi niño/a.					
Tuve confianza en los cuidados de los médicos atendiendo a mi niño/a.					
El tiempo de espera fue de acuerdo.					
Si hubo un atraso, se me explicaron adecuadamente las razones por dicho atraso.					
Entendí las actividades que mi niño/a podía hacer en casa después de ser dado/a de alta.					
Se me otorgó información referente a quién contactar si tuve la necesidad de hacer preguntas después de estar en casa.					
En resumen, yo recomendaría estos servicios.					
En resumen, yo estuve satisfecho/a con los servicios brindados.					

¿Qué es lo que hacemos mejor?

¿En qué nos podemos mejorar?

Nombres del equipo del personal que usted reconocería por haber brindado un excelente servicio:

Quiero que se comuniquen conmigo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

(Opcional) Nombre del padre/la madre: \_\_\_\_\_ Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Gracias por su tiempo al completar esta encuesta. Su opinión nos es de mucho valor!

**Se pueden escribir comentarios adicionales al reverso.**