Maritza Garcia.

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 05 / 24		
Nombres y Apellidos:	Carlos Antonio Archbold		
Numero de Cédula	15'241'566	Fecha de Expedición	17/01/76

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 26/01/50 Edad: 74

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	X
4 a 10 años	
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	
Compartida	X

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 04/24		
Nombres y Apellidos:	Luis Alfonso Barrientos		
Numero de Cédula	6[illegible]9	Fecha de Expedición	16/09/64

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 14/12/41 Edad: 82

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

3

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 05/24		
Nombres y Apellidos:	Argemiro Jobe' Hernández Luna		
Numero de Cédula	73092471	Fecha de Expedición	24/09/79

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 9/06/61 Edad: 63

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	X
1 a 3 años	
4 a 10 años	
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	
Compartida	X

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

4

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 05/24		
Nombres y Apellidos:	Mercedes del Carmen Tarazona Bernal		
Numero de Cédula	20201096	Fecha de Expedición	17/10/61

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 17/02/30 Edad: 94

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	X
4 a 10 años	
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
	X		

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1 X 2 3 4 5

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

4

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 05/24		
Nombres y Apellidos:	Mercedes del Carmen Taylor Bernal		
Numero de Cédula	20201096	Fecha de Expedición	17/10/61

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 17/02/30 Edad: 94

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	X
4 a 10 años	
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
	X		

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1 X 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 05/24		
Nombres y Apellidos:	Jose Concepción Pajaro Campo		
Numero de Cédula	9088849	Fecha de Expedición	16/9/70

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 9/12/45 Edad: 79

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	X
1 a 3 años	
4 a 10 años	
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
		X		

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4__X__5___

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
		X		

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

6

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 04/24		
Nombres y Apellidos:	Azael Cortina Torre		
Numero de Cédula	862428	Fecha de Expedición	25/8/60

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino: _____

2. Fecha de Nacimiento 17/4/39 Edad: 85

3. Pertenencia Étnica: Raizal _____ Afrodescendiente _____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	X
4 a 10 años	
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
	X			

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 05/24		
Nombres y Apellidos:	Bernardo Humphreyes Hamid		
Numero de Cédula	17048440	Fecha de Expedición	28/11/82

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 11/11/41 Edad: 81

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	
Compartida	X

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
		X		

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
		X		

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
	X		

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4X___5___

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

8

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 05/24		
Nombres y Apellidos:	Onofre Pitrido		
Numero de Cédula	1714 3359	Fecha de Expedición	27/05/86

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino: _____

2. Fecha de Nacimiento 27/03/46 Edad: 78

3. Pertenencia Étnica: Raizal _____ Afrodescendiente _____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
		X	

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3__X__4___5___

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
X			

Si su respuesta es positiva: Explique:

Hace dos años una señora fue abusado por otro huesped ole la casa.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

9

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 08/24		
Nombres y Apellidos:	José Joaquín Novoa Velandia		
Numero de Cédula	6084732	Fecha de Expedición	7/12/62

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 6/10/41 Edad: 81

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	X
1 a 3 años	
4 a 10 años	
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
	X			

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4__X__5___

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

Ultima cena a las 4 p.m. y el desayuno a las 8 a.m. Mucho tiempo de ayuno
_____
_____
_____
_____
_____.

10

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 08/24		
Nombres y Apellidos:	Ana Luisa Diaz		
Numero de Cédula	72096628	Fecha de Expedición	30/12/19

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 24/12/32 Edad: 90

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	X
4 a 10 años	
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	✓

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

11

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 09/24		
Nombres y Apellidos:	Silvia Negrete Gonzalez		
Numero de Cédula	28006203	Fecha de Expedición	26/07/65

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 11/08/40 Edad: 82

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	
Compartida	X

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

12

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 08/24		
Nombres y Apellidos:	Gregorio Alfonso Leal Naime7		
Numero de Cédula	3789570	Fecha de Expedición	2/2/61

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 19/7/39 Edad: 83

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

13

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 8/24		
Nombres y Apellidos:	Dina Bowie Brant		
Numero de Cédula	40993760	Fecha de Expedición	18/9/2002

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 3/2/57 Edad: 67

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	
Compartida	X

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

14

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 8/24		
Nombres y Apellidos:	Alvaro Bosco Delgado Delgado		
Numero de Cédula	1004738?7	Fecha de Expedición	6/3/69

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 10/10/43 Edad: 74

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 8/24		
Nombres y Apellidos:	Alvaro Hernández Cotes		
Numero de Cédula	4611000	Fecha de Expedición	16/2/65

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 4/8/42 Edad: 79

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

16

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 8/24		
Nombres y Apellidos:	Velda Mae Mitchell Howard		
Numero de Cédula	2324 6014	Fecha de Expedición	2017/2/16

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 8/2/31 Edad: 93

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

17

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 08/24		
Nombres y Apellidos:	Ruby Alba Taylor Flórez		
Numero de Cédula	29708822	Fecha de Expedición	6/3/59

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 5/12/34 Edad: 88

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

18

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 8/24		
Nombres y Apellidos:	Ikyrchman de Dodas (sisi) Ivy		
Numero de Cédula	2324510	Fecha de Expedición	5/11/18

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 14/4/26 Edad: 98

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
			X

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

19

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 8/24		
Nombres y Apellidos:	Rodolf Newball		
Numero de Cédula	8121[illegible]0	Fecha de Expedición	40333v2

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 1/12/40 Edad: 82

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

20

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 8/24		
Nombres y Apellidos:	Candelario Isabel Ortco de Dodelo		
Numero de Cédula	22978866	Fecha de Expedición	16/6/61

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: X

2. Fecha de Nacimiento 28/3/35 Edad: 89

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	
Compartida	X

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 8/24		
Nombres y Apellidos:	Elba Teresa Welcome Lombson		
Numero de Cédula	23247590	Fecha de Expedición	21/1/20

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino:_____ Femenino: A

2. Fecha de Nacimiento 14/9/45 Edad: 79

3. Pertenencia Étnica: Raizal X Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno ____

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	X
Compartida	

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho

1___2___3___4___5 X

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

22

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**	Fecha de Aprobación: 14-09-2021	Código: FO-MI-DS-133	
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO DE ENCUESTA PARA RESIDENTES, FAMILIARES O CONTACTO DE REFERENCIA DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR Y CENTROS DIA	Versión: 00	Página **1** de **4**	

Nombre del CBA	Hogar del Anciano San Pedro Claver		
Fecha	Agosto 8/24		
Nombres y Apellidos:	Adolfo Pineda Diaz		
Numero de Cédula	N240696	Fecha de Expedición	22/5/73

A continuación se presentan una serie de preguntas para evaluar la satisfacción de los usuarios pertenecientes al Centro de Bienestar Adulto Mayor y Centros Día, con el fin de conocer la satisfacción de las personas mayores con los programas y garantizar atención de calidad.

1. Sexo: Masculino: X Femenino:_____

2. Fecha de Nacimiento 22/2/45 Edad: 79

3. Pertenencia Étnica: Raizal_____ Afrodescendiente_____ ROM _____ Palenquero ____ Ninguno X

4. Tiempo de permanecía en el Centro de Bienestar Adulto Mayor

1 año o menos.	
1 a 3 años	
4 a 10 años	X
Más de 10 años	

5. ¿Su habitación es individual o compartida?

Individual	
Compartida	X

6. ¿Cómo califica las condiciones de la habitación en la que permanece?

Muy buena	**Buena**	**Regular**	**Mala**	**Muy Mala**
X				

7. ¿Cómo califica las salas de estar o áreas comunes?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
X				

8. En el Centro de Atención cuentan con horarios para levantarse, acostarse, almorzar o cenar ¿le parece que estos horarios son adecuados?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
X				

9. ¿Cómo califica la calidad de la comida?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
	X			

10. ¿Tiene la posibilidad de comunicarse vía telefónica o por algún otro medio con sus familiares o conocidos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

11. ¿Cuenta con ropa limpia cada vez que la necesita?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

12. ¿Se siente a gusto con las actividades de entrenamiento y diversión que realizan en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

13. ¿Se siente a gusto con las otras personas que conviven en el centro?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

14. ¿Cuándo está enfermo le ofrecen atención rápida y oportuna?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

15. ¿Considera usted que la atención del personal que labora en Centro es buena?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

16. ¿La atención los fines de semana o días feriados es igual al resto de la semana, o considera usted que cambia?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

17. Si quiere estar a solas o recibe visitas ¿Tiene posibilidad de hacerlo en un sitio que no sea la habitación?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

18. ¿Considera usted objetos personales (joyas, dinero, etc.) se encuentran seguros, o tiene miedo de que sean sustraídos?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
X			

19. Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido en el Centro Día, Centro de Bienestar al Adulto Mayor, califique de 1 a 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho ..

1___2___3___4___5_X_

20. ¿Tiene conocimiento de que usted u otro residente haya sido maltratado o abusado de alguna forma en el último mes, por algún miembro del equipo de atención del CBA o algún familiar o persona que visite las instalaciones del Centro de Bienestar?

Si	No	No sabe /No Informa	Prefiero no Hablar del tema
	X		

Si su respuesta es positiva: Explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

21. Tiene alguna observación o sugerencia que nos permita mejorar la atención?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.