

# Buen Trato

CUESTIONARIO DE BIENESTAR  
PARA PERSONAS USUARIAS



matia

En relación a **la atención que le prestamos:**

**1. ¿Le tratamos de manera cercana?**

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

**2. ¿Le atendemos de manera rápida cuando lo necesita/ solicita?**

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

**3. Cuando le apoyamos en algo, ¿le dedicamos el tiempo suficiente, respetando sus ritmos y tiempos?**

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

**4. ¿Respetamos su intimidad en el día a día?**

*(Somos cuidadosos cuando le ayudamos a bañarse o vestirse, cerramos la puerta, etc.)*

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

**5. ¿La comida es de su gusto?**

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

**6. ¿Los espacios y su decoración le hacen sentirse bien?**

Todos los espacios  La mayoría de los espacios  Algún espacio  Ningún espacio

**7. ¿Se siente adecuadamente informado/a de aquellos aspectos que le afectan en su día a día?**

*(Por ejemplo, novedades en el centro, cambios en el personal auxiliar, horarios, actividades, etc.)*

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

**8. ¿Se le pide opinión en aspectos importantes para usted?**

*(En el caso de que no sepan responder, preguntar primero ¿Aquí qué aspectos son importantes para usted? Y en base a su respuesta, volver a preguntar si le pedimos opinión en esos aspectos)*

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca



**9. ¿Puede usted decidir en cuestiones del día a día como a qué hora se levanta o acuesta, a qué hora come, las actividades que realiza, etc.?**

Siempre o casi siempre    Muchas veces    Algunas veces    Nunca o casi nunca

**10. ¿Dispone usted de un/a profesional de referencia a la que dirigirse para cualquier cuestión del día a día?**

Sí                       No

**11. En esta unidad, ¿se siente usted como en casa?**

Sí                       No

**Valore del 1 al 10 cómo es la atención que le prestamos a su familiar en el centro**

                            
1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

**✍ Para finalizar, ¿qué es lo que más valora de la atención que recibe?**

---

---

---

---

**✍ ¿Qué es lo que echa en falta y/o cambiaría?**

---

---

---

---

**matia**  
*vivir con sentido*

# Buen Trato

CUESTIONARIO DE BIENESTAR PARA  
FAMILIARES Y PERSONAS ALLEGADAS



matia

## Cuestionario sobre el Bienestar - Familiares y personas allegadas

En relación a la atención que prestamos a su familiar:

**1. ¿Le tratamos de manera cercana?**

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

**2. ¿Le atendemos de manera rápida cuando lo necesita/ solicita?**

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

**3. Cuando le apoyamos en algo, ¿le dedicamos el tiempo suficiente, respetando sus ritmos y tiempos?**

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

**4. ¿Le conocemos suficientemente y tenemos en cuenta sus gustos y preferencias (por ejemplo en relación al horario de acostarse/levantarse, horario de comidas, higiene, etc.)?**

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

**5. ¿Protegemos y respetamos su intimidad en el día a día?**

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

**6. ¿Prestamos atención a los pequeños detalles en el cuidado cotidiano?**

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

**7. ¿Los espacios y la decoración favorecen su bienestar?**

Todos los espacios  La mayoría de los espacios  Algún espacio  Ningún espacio

En relación a usted:

**8. ¿Se siente adecuadamente informado/a de aquellos aspectos que afectan a la vida cotidiana de su familiar?**

Siempre o casi siempre  Muchas veces  Algunas veces  Nunca o casi nunca

## Cuestionario sobre el Bienestar - Familiares y personas allegadas



**9. ¿Participa en las decisiones acerca del día a día de su familiar?**

- Siempre o casi siempre    Muchas veces    Algunas veces    Nunca o casi nunca

**10. Se tienen en cuenta sus aportaciones?**

- Siempre o casi siempre    Muchas veces    Algunas veces    Nunca o casi nunca

**11. ¿Tiene un profesional de referencia al que dirigirse para cualquier cuestión relacionada con su familiar?**

- Sí    No

**12. ¿Cree que su familiar se siente como en casa?**

- Sí    No

**Valore del 1 al 10 cómo es la atención que le prestamos a su familiar en el centro**

- 1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**✍ Para finalizar, ¿qué es lo que más valora del centro?**

---

---

---

---

**✍ ¿Qué es lo que echa en falta y/o cambiaría?**

---

---

---

---

**matia**  
*vivir con sentido*