|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-01414S (01/2023) | **STATE OF WISCONSIN**Asthma-Safe Homes Program |
| **ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PARTICIPANTE****Participant Satisfaction Survey** |
| **Organización:**       |

Gracias por participar en el Asthma-Safe Homes Program (ASHP). Por favor, complete las siguientes preguntas para ayudarnos a mejorar el programa. Sus respuestas no serán identificables. Esta información ayudará al Department of Health Services de Wisconsin y a las organizaciones ASHP a mejorar nuestros servicios.

|  |  |
| --- | --- |
| Recuerde su participación en el Asthma-Safe Homes Program: | (Encierre en un círculo) |
| 1. ¿Han mejorado sus síntomas de asma (o los de su hijo)?
 | Sí | No |
| 1. ¿Se siente más capaz de controlar su asma (o la de su hijo)?
 | Sí | No |
| 1. ¿Se siente más cómodo con su plan de medicamentos para el asma (o el de su hijo)?
 | Sí | No |
| 1. ¿Pudo incorporar las recomendaciones en el hogar del educador en asma, como sugerencias sobre la frecuencia de la limpieza y otras formas de evitar los desencadenantes del asma?
 | Sí | No |
| 1. ¿Cuáles partes del programa fueron más útiles? Encierre en un círculo todo lo que corresponda:
 |
| 1. Aprender a reconocer mejor las señales de advertencia de los ataques de asma
 |
| 1. Aprender a identificar los desencadenantes del asma
 |
| 1. Aprender a identificar cuáles cambios hacer en su hogar para reducir los desencadenantes del asma
 |
| 1. Revisar cómo usar su inhalador, espaciador o cámara u otro medicamento (o el de su hijo)
 |
| 1. Conversar sobre la importancia de tener un plan de acción para el asma
 |
| 1. Recibir suministros gratuitos para el hogar, como un kit de limpieza para personas con asma, cubiertas para ácaros del polvo o una aspiradora
 |
| 1. Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. ¿Hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación: “Sentí que el educador del Asthma-Safe Homes Program era digno de confianza?”
 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutral | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| 1. ¿Hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación: "Estoy satisfecho con el Asthma-Safe Homes Program"?
 |
| Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutral | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| 1. ¿Hay algún tipo de educación, recursos o suministros domésticos que desearía que se le hubieran proporcionado? Si es así, por favor indíquelo(s):
 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Por favor, comparta cualquier comentario y sugerencia que tenga para mejorar el programa:
 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |