

ENCUESTA DEL TRANSICION DE CUIDADOS MEDICOS
(CTM®-3)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

1. Al salir del hospital, el personal del mismo tomó en cuenta mis preferencias y las de mi familia o personas que me cuidan al decidir **cuales** son mis necesidades de cuidado médico.

**Estoy en
completo
desacuerdo**

**Estoy en
desacuerdo**

**Estoy de
acuerdo**

**Estoy en
completo
acuerdo**

**No sé/
No recuerdo/
No corresponde**

2. Al salir del hospital, tuve un buen entendimiento de las cosas de las que yo tenía que tomar responsabilidad para el control de mi salud.

**Estoy en
completo
desacuerdo**

**Estoy en
desacuerdo**

**Estoy de
acuerdo**

**Estoy en
completo
acuerdo**

**No sé/
No recuerdo/
No corresponde**

3. Al salir del hospital, entendí claramente *porque* debo tomar cada una de mis medicinas.

**Estoy en
completo
desacuerdo**

**Estoy en
desacuerdo**

**Estoy de
acuerdo**

**Estoy en
completo
acuerdo**

**No sé/
No recuerdo/
No corresponde**