



Sección I Datos del Establecimiento

Formato FI/II HOSP-C

Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Institución: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Fecha: _____ Periodo a reportar: Enero - Abril Mayo - Agosto Septiembre - Diciembre Area: Rural Urbano

En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por: El Aval Ciudadano (AC) El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado Si No

INSTRUCCIONES:

1. Ingrese el total de cada hoja que haya utilizado para el levantamiento de las encuestas en la columna correspondiente.
2. En la columna "Gran Total" realice la sumatoria de los totales de cada fila.

CONCENTRADO DE INFORMACIÓN

Sección II	Entrevistados	Respuestas	Total Hoja 1	Total Hoja 2	Total Hoja 3	Total Hoja 4	Total Hoja 5	Total Hoja 6	Total Hoja 7	Total Hoja 8	Gran Total
	Turno de atención	a) Matutino									
		b) Vespertino									
		c) Nocturno									
		d) Jornada Especial									
	Sexo	a) Mujer									
		b) Hombre									
	Tipo de Seguridad Social:	a) Seguro Popular									
		b) IMSS									
		c) IMSS Prospera									
		d) ISSSTE									
		e) SEDENA									
		f) SEMAR									
		g) PEMEX									
		h) DIF									
		i) Otro									
	El entrevistado es:	a) Paciente									
		b) Acompañante									
	Edad del entrevistado:	a) Menor a 16 años									
		b) Entre 16 y 24 años									
		c) Entre 25 y 44 años									
		d) Entre 45 y 65 años									
		e) Mayor a 65 años									
Sección III Preguntas		Respuestas entrevistados									
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Si (pasar a la pregunta 2)									
		b) No (pasar a la pregunta 1.1)									
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico									
		b) Personal de Enfermería									
		c) Personal de Recepción									
		d) Personal de Archivo Clínico									
		e) Personal de Trabajo Social									
		f) Personal de Laboratorio									
		g) Personal de Rayos X									
		h) Personal de Farmacia									
		i) Personal de la Caja									
		j) Personal de Vigilancia									
		k) Personal del Módulo del Seguro Popular									
		l) Personal de Vigencia de Derechos									
		m) Personal del Módulo de Incapacidades									
2	Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud lo atendió en el momento de solicitarlo?	a) Si									
		b) No									

CONCENTRADO DE INFORMACIÓN

Preguntas		Respuestas	Total Hoja 1	Total Hoja 2	Total Hoja 3	Total Hoja 4	Total Hoja 5	Total Hoja 6	Total Hoja 7	Total Hoja 8	Gran Total
3	¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Si									
		b) No									
		c) No aplica									
4	¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto a su salud?	a) Si									
		b) No									
5	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Si									
		b) No									
6	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Si									
		b) No									
		c) No le recetaron medicamentos									
7	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Si									
		b) No									
		c) No le mandaron cuidados									
8	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si									
		b) No									
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Si									
		b) No									
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Si									
		b) No									
11	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su hospitalización?	a) Si									
		b) No									
12	Durante su visita a este hospital, ¿tuvo dolor?	a) Si (pasar a la pregunta 12.1)									
		b) No (pasar a la pregunta 13)									
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Si									
		b) No									
13	En relación a los medicamentos que necesitó durante su hospitalización:	a) Le dieron todos los que necesito									
		b) Le pidieron comprar alguno y lo compró									
		c) Le pidieron comprar alguno y no lo pudo comprar									
14	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida?	a) Mucho (Satisfecho)									
		b) Regular (más o menos satisfecho)									
		c) Nada (Insatisfecho)									

Sección IV Firmas

Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional

Nombre y firma del Responsable del Establecimiento