



Fecha: _____ / _____ / _____

Marque con una "X" la casilla seleccionada

Monitoreo Institucional
Ciudadano

Alta

Folio:

Modificación

Si el formato es exclusivamente para alta llene la sección 1

Si el formato es para solicitar modificación llene las dos secciones (1 datos actuales y 2 datos de cambio)

Sección 1.- Datos de la unidad para el registro de alta SESTAD

CLUES:

Nombre oficial de la unidad
(como aparece en la base de la DGIS) _____

Estado: _____ Institución: _____

Jurisdicción/Delegación: _____

Categoría de la unidad: Urbano Rural

Nivel de atención: Primer Nivel Segundo Nivel Tercer Nivel

Número de muestra: Institucional Urbano 140 Rural 96 Ciudadano Urbano 140 Rural 36

Sección 2.- Datos en los que se requiere modificación en el SESTAD

CLUES:

Nombre oficial de la unidad
(como aparece en la base de la DGIS) _____

Estado: _____ Institución: _____

Jurisdicción/Delegación: _____

Categoría de la unidad: Urbano Rural

Nivel de atención: Primer Nivel Segundo Nivel Tercer Nivel

Número de muestra: Institucional Urbano 140 Rural 96 Ciudadano Urbano 140 Rural 36

Comentarios: _____

Objetivo de la encuesta:

Medir la satisfacción de los usuarios así como la calidad percibida del trato adecuado y digno recibido en los Establecimientos de Atención Médica.

Alcance:

Esta encuesta se debe aplicar en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud de primero, segundo y tercer nivel. Se excluye a los Establecimientos: almacén, antirrábicos (control canino) y oficinas administrativas.

Nota: Con este formato se realiza el alta o modificación de la unidad en la base de SESTAD para ambos monitoreos.

Nombre y Firma del Gestor / Jefe Jurisdicción
de Calidad de la Unidad

Nombre y Firma del
Responsable Estatal de Calidad