

**Bitácora de Seguimiento a la Solicitud de Atención SUG II**
**Espacios para el registro del personal responsable del Sistema Unificado de Gestión:**

|   |            |            |            |  |       |
|---|------------|------------|------------|--|-------|
| <b>Fecha de la solicitud</b>                      | día: _____ | mes: _____ | año: _____ | <b>Folio generado por la plataforma del SUG II</b> | _____ |
| <b>Fecha de registro en plataforma del SUG II</b> | día: _____ | mes: _____ | año: _____ |  |       |

**De acuerdo al análisis de los datos expuestos por el usuario y en apego a los Lineamientos vigentes del SUG, se determina (marque con una x, según corresponda):**
**1. Validación**

- Procedente     No Procedente     Anónima

**2. Origen**

- Buzón     Correo electrónico     Módulo de Atención     Vía telefónica     Otros medios

**3. Solicitud de Atención**

- Queja     Sugerencia     Felicitación     Solicitud de gestión

**3.1. Clasificación de las Quejas**

- Trato digno     Oportunidad de la Atención     Comunicación     Autonomía     Financiamiento

**3.2. Clasificación de las Sugerencias**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contratación de personal    | <input type="checkbox"/> Mejora en las instalaciones          | <input type="checkbox"/> Limpieza en las instalaciones                 |
| <input type="checkbox"/> Apertura de otros servicios | <input type="checkbox"/> Apertura de otros turnos de atención | <input type="checkbox"/> Otorgamiento de atención para fines de semana |
| <input type="checkbox"/> Otras                       |   |  |

**3.3. Clasificación de las Felicitaciones**

- Personal médico     Personal de enfermería     Toda la Unidad médica     Otras

**3.4. Clasificación de las Solicitud de gestión**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apoyo por pérdida de expediente                              | <input type="checkbox"/> Solicitud de cita médica o reprogramación                      | <input type="checkbox"/> Solicitud de referencia a otro hospital o unidad médica |
| <input type="checkbox"/> Entrega incompleta de medicamentos, desabasto, insuficiencia | <input type="checkbox"/> Suministro de insumos y/o medicamentos para la atención médica | <input type="checkbox"/> Otras   |

**En apego a los Lineamientos vigentes del SUG II, se solicita se proporcionen los siguientes datos:**

Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Persona responsable de la atención y resolución: \_\_\_\_\_ Cargo o puesto: \_\_\_\_\_

Departamento o área de adscripción: \_\_\_\_\_ Fecha de asignación: \_\_\_\_\_

Persona responsable del seguimiento: \_\_\_\_\_ Expediente Clínico: \_\_\_\_\_

**Solicitud de Atención** (Describa la solicitud del usuario):

**Investigación** (Describa la investigación realizada):

**Resolución** (Describa la resolución alcanzada):

Fecha de resolución: día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_

**Fecha de notificación:**

**Marque con una X el medio de notificación:**

Tablero SUG II

Personal

**Nombre y firma del usuario**

día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_