



**Sección I Datos del Establecimiento para la Atención Médica (EAM)**

Formato FI/II CE-C

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ 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 las personas encuestadas por: ☐ El Aval Ciudadano (AC) ☐ El Monitor Institucional (MI)

**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	Persona entrevistada	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 de la persona entrevistada:	a) Mujer									
		b) Hombre									
	Institución que proporciona la atención médica (Tipo de Seguridad Social):	a) SSA									
		b) IMSS									
		c) SS-IMSS-B (IMSS-BIENESTAR)									
		d) ISSSTE									
		e) DEFENSA									
		f) MARINA									
		g) PEMEX									
		h) SN-DIF									
		i) Otro									
	La persona entrevistada es:	a) Paciente									
		b) Acompañante									
	Edad de la persona entrevistada:	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 de la persona entrevistada									
1	¿Durante su visita al establecimiento le atendieron con respeto?	a) Sí (pasar a la pregunta 2)									
		b) No (pasar a la pregunta 1.1)									
1.1	Seleccione el personal que <b>NO</b> le atendió con respeto:	a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutriólogo/ Dentista/ Psiquiatra									
		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 Caja									
		j) Personal de Vigilancia									
		k) Personal del Módulo de Atención y Orientación									
		l) Personal de Vigencia de Derechos									
		m) Personal del Módulo de Incapacidades									
		n) Personal de limpieza									
2	¿Tuvo alguna dificultad para poder llegar hoy a este establecimiento para la atención médica?	a) Ninguna									
		b) Distancia / Tiempo de traslado (Lejanía de la unidad/Tiempo de traslado mayor de 1 hora).									
		c) Transporte (Falta de rutas, mal estado del camino, costo del pasaje).									
		d) Personales o laborales (Dificultad para salir del trabajo/dejar el cuidado de hijos/familiares/no contar con acompañante).									
3	¿Tiene alguna de las siguientes condiciones que no le permita recibir atención médica o entender las indicaciones?	a) Ninguna.									
		b) Sí, no hablo español.									
		c) Sí, discapacidad (Física, visual, auditiva o intelectual).									
		d) Sí, no sé leer ni escribir.									
		e) Sí, sufro violencia.									
		f) Otra									
4	¿Tuvo algún problema relacionado con trámites, requisitos o papeleo por lo que será difícil que lo atiendan el día de hoy?	a) No									
		b) Sí, problemas con el expediente clínico (No lo encontraban, estaba incompleto o duplicado, etc.).									
		c) Sí, muchos requisitos (Le pidieron copias, CURP o documentos que no traía, etc.).									
		d) Sí, Problemas para confirmar la vigencia o afiliación, etc.									
		e) Otra									
5	(Solo aplica para hospitales) ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Sí									
		b) No									
		c) No aplica									

CONCENTRADO DE INFORMACIÓN												
Sección III		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
6		¿El(la) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta?	a) Sí									
			b) No									
			c) La atención no correspondió a consulta (pasar a la pregunta 16)									
7		¿El(la) médico(a) le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí									
			b) No									
8		En relación a los medicamentos que le recetaron:	a) Le dieron todos los que le recetaron									
			b) Le faltó alguno(s) de los que le recetaron									
			c) No se los dieron									
			d) No le recetaron									
			e) Tendrá que comprar alguno(s)									
			f) No aplica (pasar a la pregunta 9)									
8.1		¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Si									
			b) No									
9		¿Entendió usted los cuidados y/o recomendaciones que deberá seguir en su casa?	a) Sí									
			b) No									
10		El(la) médico(a) al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí									
			b) No									
11		¿Dejó de asistir a alguna consulta por no poder pagarla?	a) Si									
			b) No / No cobran									
12		¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Sí									
			b) No									
13		¿En algún momento dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí									
			b) No / No le recetaron medicamentos									
14		¿Considera que el(la) médico(a) pasó suficiente tiempo con usted durante la consulta?	a) Sí									
			b) No									
15		Durante su visita a este establecimiento, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 15.1)									
			b) No (pasar a la pregunta 16)									
15.1		¿Su dolor fue atendido?	a) Sí									
			b) No									
16		¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención 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 de la Persona Responsable del Establecimiento								