

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

Formato FI/II HOSP-C

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

Entidad Federativa: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Fecha: _____ Período a reportar: ☐ Enero - Abril ☐ Mayo - Agosto ☐ Septiembre - Diciembre

Área: ☐ 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:

- Ingrese el total de cada hoja que haya utilizado para el levantamiento de las encuestas en la columna correspondiente.
- 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 personas entrevistadas									
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 NO 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	Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud le atendió en el momento de solicitarlo?	a) Sí									
		b) No									

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 tiempo de espera para conseguir una interconsulta con otra especialidad es de cuatro semanas o más?	a) Sí									
		b) No									
		c) No requiero interconsulta									
7	¿El(la) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que estuvo hospitalizado?	a) Sí									
		b) No									
8	¿El(la) médico(a) le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Si									
		b) No									
9	En relación a los medicamentos que necesitó durante su hospitalización:	a) Le dieron todos los que necesitó									
		b) Le pidieron comprar alguno y lo compró									
		c) Le pidieron comprar alguno y no lo pudo comprar									
10	¿Entendió usted como le administran los medicamentos	a) Sí									
		b) No									
11	¿Entendió usted los cuidados y/o recomendaciones que deberá seguir en su casa al alta hospitalaria?	a) Sí									
		b) No									
12	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si									
		b) No									
13	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Sí									
		b) No (no cobran / no tengo que pagarlos)									
14	¿En algún momento dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí									
		b) No / No le recetaron medicamentos									
15	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su hospitalización?	a) Sí									
		b) No									
16	Durante su visita a este establecimiento, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 16.1)									
		b) No (pasar a la pregunta 17)									
16.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Sí									
		b) No									
17	¿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

· Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EH) _____

· Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) _____

· Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) _____

Proporción de sujetos a encuestar del área de consulta externa

= $\frac{CE}{EH + CE + AU}$ x

140 encuestas para MI en Unidad Urbana
ó
96 encuestas para MI en Unidad Rural
ó
140 encuestas para AC en Unidad Urbana
ó
36 encuestas para AC en Unidad Rural

= _____

* MI: Monitor Institucional

*AC: Aval Ciudadano

HOSP-C Actualización 2026

Hoja ____ de ____