



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

Formato FI/II URG-E

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:

1. Cada columna representa a una persona entrevistada. Marque con una "✓" la opción que corresponde a la respuesta.
2. En la última columna, poner el total de las "✓" que haya sumado en cada renglón.

Sección II		Datos de la persona entrevistada	Persona entrevistada																											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	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																												
	La persona entrevistada es:	h) SN-DIF																												
		i) Otro																												
		a) Paciente																												
	Edad de la persona entrevistada:	b) Acompañante																												
		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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
1	¿Durante su estancia/permanencia en el Área de Urgencias lo 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? (Puede marcar más de una respuesta)	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? (Puede marcar más de una respuesta)	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? (Puede marcar más de una respuesta)	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	¿Le dijeron cuánto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento?	a) Sí																												
		b) No																												

Preguntas		Respuestas de la persona entrevistada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
6	¿Cuánto tiempo esperó antes de ser atendido?	a) 0 - 15 min																										
		b) 16 - 30 min																										
		c) 31 - 60 min																										
		d) Más de 60 min																										
		e) No contestó																										
7	¿El(a) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió al servicio de urgencias?	a) Sí																										
		b) No																										
8	¿El(la) médico(a) le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí																										
		b) No																										
9	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Sí																										
		b) No																										
		c) No le mandaron medicamentos																										
10	¿Entendió usted los cuidados y/o recomendaciones que deberá seguir en su casa?	a) Sí																										
		b) No																										
11	El(la) médico(a) al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí																										
		b) No																										
12	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Si																										
		b) No / No cobran o no tengo que pagarlos																										
13	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí																										
		b) No																										
14	¿Considera que el(la) médico(a) pasó suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de urgencias?	a) Sí																										
		b) No																										
15	Durante su visita al servicio de urgencias, ¿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													
			Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EH) _____												140 encuestas para MI en Unidad Urbana ó 96 encuestas para MI en Unidad Rural													
			Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) _____												Proporción de sujetos a encuestar del área de consulta externa = $\frac{CE}{EH + CE + AU}$ x 140 encuestas para AC en Unidad Urbana ó 36 encuestas para AC en Unidad Rural													
			Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) _____																									
			* MI: Monitor Institucional *AC: Aval Ciudadano																									