



FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)

SECCIÓN I. Datos del Establecimiento de Salud

Nombre del Establecimiento de Salud: _____ CLUES del Establecimiento de Salud: _____ Institución: _____
Entidad federativa: _____ Municipio o Alcaldía: _____ Localidad: _____
Periodo para reportar: ☐ enero-abril ☐ mayo-agosto ☐ septiembre-diciembre Año: _____ Nombre de la Organización(es) o Ciudadano a Título Individual: _____

SECCIÓN II. Identificación de Sugerencias derivadas de la revisión por parte de la o el Aval Ciudadano

INSTRUCCIONES: Pregunte a 5 personas usuarias del Establecimiento de Salud. Marque con una "✓" en caso de que contesten "SÍ" o con una "X" en caso de que contesten "NO". Posteriormente sume el total de "✓"	1	2	3	4	5	Total de "✓"
1. ¿La persona usuaria conoce los Derechos Generales de las y los Pacientes? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar los puede ver.						
2. ¿La persona usuaria conoce los resultados del Monitoreo Ciudadano difundidos en el Tablero de Participación Social en Salud? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar lo puede ver.						

INSTRUCCIONES: Pregunte a 10 personas usuarias del Establecimiento de Salud.			
No.	¿Qué es lo que SÍ le gusta del Establecimiento de Salud?	¿Qué es lo que NO le gusta del Establecimiento de Salud?	¿Cómo sugiere que se mejore?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

CONFORT DE LAS INSTALACIONES

INSTRUCCIONES: Después de realizar una inspección visual al Establecimiento de Salud, marque con una "✓" si existen oportunidades de mejora en las áreas visitadas de acuerdo con el tema correspondiente. Posteriormente, sume de lado a lado las "✓" y coloque el total de "✓" en el apartado correspondiente (Total).

Tema	Áreas con sugerencias según la inspección visual por tema				Total
Privacidad	☐ Sala de Espera	☐ Sanitarios	☐ Consulta Externa	☐ Hospitalización	
Instalaciones	☐ Sala de Espera	☐ Sanitarios	☐ Consulta Externa	☐ Hospitalización	
Acceso al público	☐ Sala de Espera	☐ Sanitarios	☐ Consulta Externa	☐ Hospitalización	
Ventilación	☐ Sala de Espera	☐ Sanitarios	☐ Consulta Externa	☐ Hospitalización	
Iluminación	☐ Sala de Espera	☐ Sanitarios	☐ Consulta Externa	☐ Hospitalización	
Superficies y pinturas	☐ Sala de Espera	☐ Sanitarios	☐ Consulta Externa	☐ Hospitalización	
Señalización	☐ Sala de Espera	☐ Sanitarios	☐ Consulta Externa	☐ Hospitalización	
Limpieza y orden	☐ Sala de Espera	☐ Sanitarios	☐ Consulta Externa	☐ Hospitalización	

SECCIÓN III. Identificación de Áreas de Oportunidad derivadas de los resultados de la aplicación de la Encuesta

INSTRUCCIONES: Escriba las tres principales áreas de oportunidad de acuerdo con los resultados de la aplicación de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno



FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)

SECCIÓN IV. Sugerencias de Mejora

INSTRUCCIONES: Tome en cuenta lo registrado en los apartados anteriores y describa acciones concretas que puedan llevarse a cabo y que ayuden a mejorar el trato y la calidad en el Establecimiento de Salud.		
No.	Área o tema que sugiere se mejore	¿Cómo sugiere que se mejore? Describa una actividad específica que pueda verificarse.
1		
2		
3		
4		
5		

SECCIÓN V. Seguimiento a Carta Compromiso

INSTRUCCIONES: Marque con una "✓" la casilla correspondiente a las evidencias documentadas que dan seguimiento al acuerdo establecido en la Carta Compromiso del (de los) cuatrimestre(s) anterior(es).																			
Cuatrimestre en el que se firmó la Carta Compromiso			Año	¿Se cumplió la Carta?			Acuerdo establecido en la Carta Compromiso	Evidencia del Cumplimiento											
1	ene-abr	may-ago	sep-dic		Si	No		Agendas	Bitácoras	Constancias	Facturas	Fotos	Informes	Listas de asistencia	Material Impreso	Memorándum u oficios	Minutas	Otras	
2	ene-abr	may-ago	sep-dic		Si	No		Agendas	Bitácoras	Constancias	Facturas	Fotos	Informes	Listas de asistencia	Material Impreso	Memorándum u oficios	Minutas	Otras	
3	ene-abr	may-ago	sep-dic		Si	No		Agendas	Bitácoras	Constancias	Facturas	Fotos	Informes	Listas de asistencia	Material Impreso	Memorándum u oficios	Minutas	Otras	
4	ene-abr	may-ago	sep-dic		Si	No		Agendas	Bitácoras	Constancias	Facturas	Fotos	Informes	Listas de asistencia	Material Impreso	Memorándum u oficios	Minutas	Otras	
5	ene-abr	may-ago	sep-dic		Si	No		Agendas	Bitácoras	Constancias	Facturas	Fotos	Informes	Listas de asistencia	Material Impreso	Memorándum u oficios	Minutas	Otras	

IMPORTANTE: Entregar el original de este formato al Responsable del Establecimiento de Salud y solicitar que firme una copia para usted.

SECCIÓN VI: Establecimiento de Compromisos

IMPORTANTE: Este espacio debe ser llenado por la o el Responsable del Establecimiento de Salud o el Gestor de Calidad del Establecimiento de Salud, una vez que se haya entregado la Carta Compromiso correspondiente al cuatrimestre a la o al Aval Ciudadano.

Dominio	Descripción del dominio	¿Hubo Sugerencias?			¿Se firmó Carta Compromiso?				Fecha en la que se firmó la Carta Compromiso	Número de Carta Compromiso	
Autonomía	Es la capacidad de la persona usuaria para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.		Si		No		Si		No	Día / Mes / Año	
Confidencialidad:	Se relaciona con el derecho de las personas usuarias a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud.		Si		No		Si		No	Día / Mes / Año	
Comunicación	Que la persona usuaria tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su padecimiento y sobre las distintas opciones de tratamiento.		Si		No		Si		No	Día / Mes / Año	
Trato Digno:	Implica que la persona usuaria sea atendida con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos.		Si		No		Si		No	Día / Mes / Año	
Atención Oportuna:	Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de esta.		Si		No		Si		No	Día / Mes / Año	
Condiciones básicas:	Confort: evalúa, entre otros aspectos, la limpieza de los baños y de las salas de espera, iluminación, la calidad de los alimentos servidos a las personas hospitalizadas, entre otras.		Si		No		Si		No	Día / Mes / Año	
Organización de los servicios:	Se refiere a la organización de los servicios que se prestan en el Establecimiento de Salud y que impactan en la atención de las personas usuarias.		Si		No		Si		No	Día / Mes / Año	
Medicamentos:	Se refiere al abasto y la gestión de medicamentos e insumos.		Si		No		Si		No	Día / Mes / Año	
Difusión:	Se refiere a la difusión de la información obtenida del Monitoreo Ciudadano a las personas usuarias de los servicios de salud.		Si		No		Si		No	Día / Mes / Año	
Infraestructura:	Se refiere a las modificaciones estructurales que se realicen en el Establecimiento de Salud.		Si		No		Si		No	Día / Mes / Año	
Equipo:	Se refiere a la solicitud de reparación o compra de equipo médico.		Si		No		Si		No	Día / Mes / Año	

Nombre y firma de la o el Aval Ciudadano: _____

Nombre y firma del Responsable del Establecimiento de Salud: _____