

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

SECCIÓN I. Datos del Establecimiento para la Atención Médica /Hospital

Nombre del Establecimiento para la Atención Médica/Hospital: \_\_\_\_\_ CLUES de la Unidad: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
Entidad federativa: \_\_\_\_\_ Municipio o Delegación: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Periodo a reportar: ☐ Enero - Abril ☐ Mayo - Agosto ☐ Septiembre - Diciembre Año: \_\_\_\_\_ Nombre de la Organización(es) o Ciudadano a Título Individual: \_\_\_\_\_

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

| INSTRUCCIONES: Pregunte a 5 usuarios del Establecimientos para la Atención Médica, marque con una "✓" en caso de que contesten "SI" o con una "X" en caso de que contesten "NO", después 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 del Establecimiento para la Atención Médica? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar lo puede ver. |   |   |   |   |   |              |

INSTRUCCIONES: Pregunte a 10 personas usuarias del Establecimiento para la Atención Médica.

| No. | ¿Qué es lo que SÍ le gusta de la Unidad? | ¿Qué es lo que NO le gusta de la unidad? | ¿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 para la Atención Médica, marque con una "✓" si existen oportunidades de mejora en las áreas visitadas de acuerdo al 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            | <input type="checkbox"/> Sala de Espera                   | <input type="checkbox"/> Sanitarios | <input type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Hospitalización |       |
| Instalaciones         | <input type="checkbox"/> Sala de Espera                   | <input type="checkbox"/> Sanitarios | <input type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Hospitalización |       |
| Acceso al público     | <input type="checkbox"/> Sala de Espera                   | <input type="checkbox"/> Sanitarios | <input type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Hospitalización |       |
| Ventilación           | <input type="checkbox"/> Sala de Espera                   | <input type="checkbox"/> Sanitarios | <input type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Hospitalización |       |
| Iluminación           | <input type="checkbox"/> Sala de Espera                   | <input type="checkbox"/> Sanitarios | <input type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Hospitalización |       |
| Superficies y pintura | <input type="checkbox"/> Sala de Espera                   | <input type="checkbox"/> Sanitarios | <input type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Hospitalización |       |
| Señalización          | <input type="checkbox"/> Sala de Espera                   | <input type="checkbox"/> Sanitarios | <input type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Hospitalización |       |
| Limpieza y orden      | <input type="checkbox"/> Sala de Espera                   | <input type="checkbox"/> Sanitarios | <input type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Hospitalización |       |

SECCIÓN III. Identificación de Áreas de Oportunidad derivado de los Resultados de la Aplicación de la Encuesta

INSTRUCCIONES: Escriba las tres principales áreas de oportunidad de acuerdo a los Resultados de la Aplicación de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

## SECCIÓN IV. Sugerencias de Mejora

| 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   |                                   |                                                                                       |

**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                                                   | <input type="checkbox"/> Ene-<br>Abr | <input type="checkbox"/> May-<br>Ago | <input type="checkbox"/> Sep -<br>Dic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |                                            | <input type="checkbox"/> Agendas | <input type="checkbox"/> Bitácoras | <input type="checkbox"/> Constancias | <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Fotos | <input type="checkbox"/> Informes | <input type="checkbox"/> Listas de asistencia | <input type="checkbox"/> Material Impreso | <input type="checkbox"/> Memorándum u oficios | <input type="checkbox"/> Minutas | <input type="checkbox"/> Otras |  |
| 2                                                   | <input type="checkbox"/> Ene-<br>Abr | <input type="checkbox"/> May-<br>Ago | <input type="checkbox"/> Sep -<br>Dic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |                                            | <input type="checkbox"/> Agendas | <input type="checkbox"/> Bitácoras | <input type="checkbox"/> Constancias | <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Fotos | <input type="checkbox"/> Informes | <input type="checkbox"/> Listas de asistencia | <input type="checkbox"/> Material Impreso | <input type="checkbox"/> Memorándum u oficios | <input type="checkbox"/> Minutas | <input type="checkbox"/> Otras |  |
| 3                                                   | <input type="checkbox"/> Ene-<br>Abr | <input type="checkbox"/> May-<br>Ago | <input type="checkbox"/> Sep -<br>Dic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |                                            | <input type="checkbox"/> Agendas | <input type="checkbox"/> Bitácoras | <input type="checkbox"/> Constancias | <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Fotos | <input type="checkbox"/> Informes | <input type="checkbox"/> Listas de asistencia | <input type="checkbox"/> Material Impreso | <input type="checkbox"/> Memorándum u oficios | <input type="checkbox"/> Minutas | <input type="checkbox"/> Otras |  |
| 4                                                   | <input type="checkbox"/> Ene-<br>Abr | <input type="checkbox"/> May-<br>Ago | <input type="checkbox"/> Sep -<br>Dic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |                                            | <input type="checkbox"/> Agendas | <input type="checkbox"/> Bitácoras | <input type="checkbox"/> Constancias | <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Fotos | <input type="checkbox"/> Informes | <input type="checkbox"/> Listas de asistencia | <input type="checkbox"/> Material Impreso | <input type="checkbox"/> Memorándum u oficios | <input type="checkbox"/> Minutas | <input type="checkbox"/> Otras |  |
| 5                                                   | <input type="checkbox"/> Ene-<br>Abr | <input type="checkbox"/> May-<br>Ago | <input type="checkbox"/> Sep -<br>Dic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |                                            | <input type="checkbox"/> Agendas | <input type="checkbox"/> Bitácoras | <input type="checkbox"/> Constancias | <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Fotos | <input type="checkbox"/> Informes | <input type="checkbox"/> Listas de asistencia | <input type="checkbox"/> Material Impreso | <input type="checkbox"/> Memorándum u oficios | <input type="checkbox"/> Minutas | <input type="checkbox"/> Otras |  |

**IMPORTANTE:** Entregar el original del este formato al Responsable del Establecimiento para la Atención Médica y solicitar que le firme una copia para usted.

## SECCIÓN VI: Establecimiento de Compromisos

**IMPORTANTE:** Este espacio debe ser llenado por la o el Responsable del Establecimiento para la Atención Médica o el Gestor de Educación de la Unidad, una vez que se haya entregado la Carta Compromiso correspondiente al cuatrimestre a la o el 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 o el usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.                                                                            | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/>    | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="text"/>                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Confidencialidad:              | Se relaciona con el derecho de las y los usuarios a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud.                                                          | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/>    | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="text"/>                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Comunicación:                  | Que la o el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su padecimiento y sobre las distintas opciones de tratamiento. | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/>    | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="text"/>                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Trato Digno:                   | Implica que a la o el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.                                                                         | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/>    | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="text"/>                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Atención Oportuna:             | Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y a la recepción de ésta.                                                                                         | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/>    | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="text"/>                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| 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 los hospitalizados, entre otras.    | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/>    | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="text"/>                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Organización de los servicios: | Se refiere a la organización de los servicios que se prestan en el Establecimiento de Atención Médica y que impactan a la atención de las y los usuarios.                         | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/>    | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="text"/>                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Medicamentos:                  | Se refiere al abasto y la gestión de medicamentos.                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/>    | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="text"/>                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Difusión:                      | Se refiere a la difusión de la información obtenida del Monitoreo Ciudadano, a las y los usuarios de los servicios de salud.                                                      | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/>    | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="text"/>                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Infraestructura:               | Se refiere a las modificaciones estructurales que se realicen en el Establecimiento de Atención Médica                                                                            | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/>    | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="text"/>                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Equipo:                        | Se refiere a la solicitud de reparación o compra de equipo médico.                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/>    | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="text"/>                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |