

Sección I Datos del Establecimiento.

Formato FI/II URG-C

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

Estado: _____ 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 los usuarios encuestados por: El Aval Ciudadano (AC) El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado: Si No

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	Entrevistados	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	a) Mujer									
		b) Hombre									
	Institución que proporciona la atención médica:	a) SS/INSABI									
		b) IMSS									
		c) IMSS Bienestar									
		d) ISSSTE									
		e) SEDENA									
		f) SEMAR									
		g) PEMEX									
		h) DIF									
		i) Otro									
		j) Ninguno									
	El entrevistado es:	a) Paciente									
		b) Acompañante									
	Edad del entrevistado:	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 entrevistados									
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 lo 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 la Caja									
		j) Personal de Vigilancia									
		k) Personal del Módulo de Atención y Orientación									
		l) Personal de Vigilancia de Derechos									
		m) Personal del Módulo de Incapacidades									
		n) Personal de limpieza									
2	¿Le dijeron cuanto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento?	a) Sí									
		b) No									

CONCENTRADO DE INFORMACIÓN

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
3	¿Cuánto tiempo esperó antes de ser atendido?	a) 0-15 min									
		b) 16-30 min									
		c) 31-60min									
		d) Más de 60min									
		e) No contestó									
4	¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a urgencias?	a) Sí									
		b) No									
5	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí									
		b) No									
6	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Sí									
		b) No									
		c) No le recetaron medicamentos									
7	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Sí									
		b) No									
		c) No le mandaron cuidados									
8	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí									
		b) No									
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Sí									
		b) No									
		c) No aplica									
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí									
		b) No									
		c) No le recetaron medicamentos									
11	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de urgencias?	a) Sí									
		b) No									
12	Durante su visita a urgencias, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 12.1)									
		b) No (pasar a la pregunta 13)									
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Sí									
		b) No									
13	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica 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 del Responsable del Establecimiento