



Sección I Datos del Establecimiento

Formato FI/II HOSP-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 las personas usuarias encuestadas por: ☐ El Aval Ciudadano (AC) ☐ El Monitor Institucional (MI)

INSTRUCCIONES:

1. Ingrese el total de cada hoja que haya utilizado para el levantamiento de las encuestas en la columna correspondiente.
2. 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:			a) SSA										
			b) IMSS										
			c) SS-IMSS-B (IMSS-Bienestar (OPD)										
			d) ISSSTE										
			e) SEDENA										
			f) SEMAR										
			g) PEMEX										
			h) DIF										
			i) P-IMSS-B (Programa IMSS Bienestar)										
			j) Otro										
			k) Ninguno										
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 persona entrevistada										
1	¿Durante su visita a la unidad 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	Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud lo atendió en el momento de solicitarlo?	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	¿El tiempo de espera para conseguir una interconsulta con otra especialidad es de cuatro semanas o más?	a) Sí									
		b) No									
		c) No aplica									
4	¿El(la) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto a su salud?	a) Sí									
		b) No									
5	¿El(la) médico(a) 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(la) médico(a) al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si									
		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									
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí									
		b) No									
		c) No le recetaron medicamentos									
11	¿Considera que el(la) médico(a) pasó suficiente tiempo con usted durante su hospitalización?	a) Sí									
		b) No									
12	Durante su visita a este hospital, ¿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	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									
		d) No aplica									
14	¿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 de la Persona Responsable del Establecimiento