

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

SECCIÓN I. Datos de la Unidad médica /Hospital

Nombre de la Unidad 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 de la Unidad 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 de la Unidad Médica? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar lo puede ver.						

INSTRUCCIONES: Pregunte a 10 personas usuarias de la unidad 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 a la Unidad 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.

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 calidad en la Unidad Médica

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 del este formato al Responsable de la Unidad 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 de la Unidad 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.		Si		No		Si		No		Día / Mes / Año			
Confidencialidad:	Se relaciona con el derecho de las y los usuarios a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud.		Si		No		Si		No		Día / Mes / Año			
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.		Si		No		Si		No		Día / Mes / Año			
Trato Digno:	Implica que a la o el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.		Si		No		Si		No		Día / Mes / Año			
Atención Oportuna:	Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y a la recepción de ésta.		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 los hospitalizados, 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 la Unidad Médica y que impactan a la atención de las y los usuarios.		Si		No		Si		No		Día / Mes / Año			
Medicamentos:	Se refiere al abasto y la gestión de medicamentos.		Si		No		Si		No		Día / Mes / Año			
Difusión:	Se refiere a la difusión de la información obtenida del Monitoreo Ciudadano, a las y los usuarios de los servicios de salud.		Si		No		Si		No		Día / Mes / Año			
Infraestructura:	Se refiere a las modificaciones estructurales que se realicen en la Unidad Médica		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 de la Unidad Médica _____