

Sección I Datos del Establecimiento.

Formato FI/II HOSP-E

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 encuestadas por: ☐ El Aval Ciudadano (AC) ☐ El Monitor Institucional (MI)

INSTRUCCIONES:

1. Cada columna representa a una persona entrevistada. Marque con una "P" la opción que corresponde a la respuesta.
2. En la última columna, poner el total de las "P" que haya sumado en cada renglón.

Sección II		Datos de la persona entrevistada	Persona entrevistada																									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	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																											
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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
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 le atendió en el momento de solicitarlo?	a) Sí																										
		b) No																										

Preguntas		Respuestas de la persona entrevistada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	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 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

Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EH) _____

Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) _____

Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) _____

Proporción de sujetos a encuestar del área de hospitalización

=

EH

(EH + CE + AU)

x

140 encuestas para MI en Unidad Urbana
ó
96 encuestas para MI en Unidad Rural
ó
140 encuestas para AC en Unidad Urbana
ó
36 encuestas para AC en Unidad Rural

=

* MI: Monitor Institucional

* AC: Aval Ciudadano

Hosp. Actualización 2024

Hoja ____ de ____