

Sección I Datos del Establecimiento.
Formato FI/II CE-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 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										
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 personas entrevistadas										
1	¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?	a) Sí											
		b) No											
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	(Solo aplica para hospitales) ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Si											
		b) No											
		c) No aplica											

CONCENTRADO DE INFORMACIÓN

Sección III 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(la) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta?	a) Sí									
		b) No									
		c) La atención no correspondió a consulta (pase a la pregunta 13)									
4	¿El(la) médico(a) le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí									
		b) No									
5	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Sí									
		b) No									
		c) No le mandaron medicamentos									
6	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Sí									
		b) No									
		c) No le mandaron cuidados									
7	El(la) médico(a) al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí									
		b) No									
8	¿Dejó de asistir a alguna consulta por no poder pagarla?	a) Si									
		b) No									
		c) No cobran									
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									
11	¿Considera que el(la) médico(a) pasó suficiente tiempo con usted durante la consulta?	a) Sí									
		b) No									
12	Durante su visita a esta unidad médica, ¿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 le recetaron:	a) Le dieron todos los que le recetaron									
		b) Le faltó alguno(s) de los que le recetaron									
		c) No se los dieron									
		d) No le recetaron									
		e) Tendrá que comprar alguno(s)									
		f) 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