

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA DE ELABORACIÓN _____ / _____ / _____

TIPO DE UNIDAD

1er Nivel UNEMES Caravanas 2o Nivel **3er Nivel**

AREA: **URBANA**

RURAL

INSTITUCIÓN:

SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO: VICTORIA

LOCALIDAD: VICTORIA

NOMBRE DE LA UNIDAD: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA

CLAVE DE LA UNIDAD: TSSS1018292

Fuente: Encuesta a usuarios del Servicio

No.	Turno	Género	Usuario con Seguro Popular	1. Usuario al que se le aplica el cuestionario	2. Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿Quedó usted?	3. ¿El médico le permitió hablar sobre su estado de salud?	4. ¿El médico le explicó sobre su estado de salud?	5. ¿El médico le explicó sobre el tratamiento que debe de seguir?	6. ¿El médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir?	7. La información que le proporcionó el médico, ¿Cómo la consideró usted?	8- Con la cantidad de medicamentos que le entregaron ¿quedó usted?	9. ¿El trato que recibió usted en esta unidad fue?	10. ¿En que servicio el personal le dio mal trato?
	M V N JE	a) Mujer b) Hombre	a) Si b) No	a) paciente b) Familiar/ acompañante	a) Muy satisfecho b) Satisfecho c) Mas o menos satisfecho d) Insatisfecho e) Muy insatisfecho f) No contestó	a) Si b) No c) No contestó	a) Si b) No c) No contestó	a) Si b) No c) No contestó	a) Si b) No c) No contestó	a) Muy clara b) Clara c) Regular d) Confusa e) No recibió información f) No contestó	a) Muy satisfecho b) Satisfecho c) Mas o menos satisfecho d) Insatisfecho e) Muy insatisfecho f) No contestó	a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Malo e) Muy malo f) No contestó	a)Recepción b)Archivo clínico c)Vigilancia de derechos d)Área Médica e)Enfermería f)Trabajo Social g) Laboratorio h)Rayos X i) Farmacia j)Caja k)Vigilancia l) Módulo de incapacidades
1	✓	b	a	b hijo	a)	a	a	A	A	A	No cobrio	A	Recepción
2	✓	A	A	b neay	b	a	A	C) Reciben	C)	b	b)	b	Hoja. Ninguna buena Tarja
3	M	A	b	b	d	Medicina	Interno	no llega la recepcionista				d	A
4	M	b	A	A	A	A	A	A	A	A	Cirujia	A	Ninguna
5	M	A	b	A	A	A	A	A	A	A		A	Ninguna
6	M	A	A	b	b	A	A	A	C	A	F	A	Ninguna
7	M	A	b	b	b	A	A	A	A	A	A	b	Ninguna
8	M	A	A	b	b	C	C	C	C	F	d	A	Ninguna
9	M	A	A	b	b	A	A	A	A	A	F	A	Ninguna
10	M	A	A	b	A	A	A	A	A	b	F	b	Ninguna

Nombre y firma del Aval Ciudadano

Nombre y firma del responsable de la unidad

Hoja _____

de _____



SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD
INDICADOR DE TRATO DIGNO PARA LOS SERVICIOS
DE CONSULTA EXTERNA (PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN) Y
URGENCIAS (SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN)

**SALUD**SECRETARÍA
DE SALUD

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA DE ELABORACIÓN

16 | 01 | 2012

TIPO DE UNIDAD

1er Nivel

UNEMES

Caravanas

2o Nivel

3er Nivel

U

AREA:

URBANA

RURAL

INSTITUCIÓN:

SECRETARIA de SAUD

MUNICIPIO:

Victoria

LOCALIDAD:

Victoria

NOMBRE DE LA UNIDAD:

Hosp. Regional de Alta Especialidad

CLAVE DE LA UNIDAD:

Fuente: Encuesta a usuarios del Servicio

[illegible]

Nombre y firma del Aval Ciudadano

Nombre y firma del responsable de la unidad

* No hay convenio con Seguro Popular

Hoja

de

SITUAR LA CALIDAD EN LA AGENDA PERMANENTE DEL SISTEMA NACIONAL EN SALUD

SITEMA INTEGRAL DE CALIDAD
INDICADOR DE TRATO DIGNO PARA LOS SERVICIOS
DE CONSULTA EXTERNA (PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN) Y
URGENCIAS (SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN)

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA DE ELABORACIÓN /

TIPO DE UNIDAD

1er Nivel

UNEMES

Caravanas

2o Nivel

3er Nivel

AREA:

URBANA

RURAL

INSTITUCIÓN:

SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO: VICTORIA

LOCALIDAD: VICTORIA

NOMBRE DE LA UNIDAD: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA

CLAVE DE LA UNIDAD: TSSS1018292

Fuente: Encuesta a usuarios del Servicio

[illegible]

Antonia Roque Castro

Nombre y firma del Aval Ciudadano

Nombre y firma del responsable de la unidad

Hoja de

SITEMA INTEGRAL DE CALIDAD
INDICADOR DE TRATO DIGNO PARA LOS SERVICIOS
DE CONSULTA EXTERNA (PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN) Y
URGENCIAS (SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN)

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA DE ELABORACIÓN 27 / 01 / 12

TIPO DE UNIDAD

1er Nivel

UNEMES

Caravanas

2o Nivel

3er Nivel

AREA:

URBANA

RURAL

INSTITUCIÓN:

SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO: VICTORIA

LOCALIDAD: VICTORIA

NOMBRE DE LA UNIDAD: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA

CLAVE DE LA UNIDAD: TSSS1018292

Fuente: Encuesta a usuarios del Servicio

[illegible]

Delia Araceli Hernández González

Nombre y firma del Aval Ciudadano

Nombre y firma del responsable de la unidad

Hoja

de



FECHA DE ELABORACIÓN 19 / 01 / 12

AREA: ☒ URBANA ☐ RURAL

LOCALIDAD: VICTORIA

CLAVE DE LA UNIDAD: TSSS1018292

Fuente: Encuesta a usuarios del Servicio

Nombre y firma del Aval Ciudadano

Nombre y firma del responsable de la unidad

Hoja de