



# ENCUESTA PARA CONOCER LA SATISFACCION DEL USUARIO

**SIDEVOZ**  
SISTEMA DE DETECCIÓN DE LA VOZ DEL USUARIO  
HOSPITALES CIVILES DE GUADALAJARA

2)  SIDEVOZ  
 CALIDATEL

1) FOLIO DE CAPTURA \_\_\_\_\_

## UBICACION DE LA ATENCION

3) HOSPITAL: <input type="checkbox"/> 1 FRA <input type="checkbox"/> 2 JIM	4) SERVICIO:
5) VEZ: <input type="checkbox"/> 1 PRIM <input type="checkbox"/> 2 SUB	6) AREA, PISO O SALA:
7) TURNO: <input type="checkbox"/> 1 MAT <input type="checkbox"/> 2 VES <input type="checkbox"/> 3 NOC <input type="checkbox"/> 4 JA	8) PROCESO: <input type="checkbox"/> 1 Hospitalización Quirúrgica <input type="checkbox"/> 2 Hospitalización NO Quirúrgica <input type="checkbox"/> 3 Hospitalización Maternidad <input type="checkbox"/> 4 Urgencias Pediatría <input type="checkbox"/> 5 Urgencias Adultos <input type="checkbox"/> 6 Consulta Externa

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE

9) NOMBRE DEL FAMILIAR \_\_\_\_\_

10) NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

11) EDAD \_\_\_\_\_ 12) FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ 13) REGISTRO: \_\_\_\_\_

14) PROCEDENCIA/DOMICILIO \_\_\_\_\_

15) PADECIMIENTO: \_\_\_\_\_ 16) CAMA: \_\_\_\_\_ 17) TEL/CEL: \_\_\_\_\_ 18)  FAM  PAC  RECADOS

## 19) RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

	SÍ	NO
19.1 ¿SABE USTED EL <b>NOMBRE</b> DE SU MÉDICO? En caso de que su respuesta sea <b>SÍ</b> , por favor anótelo:		
19.2 ¿LE <b>EXPLICARON</b> A USTED SOBRE SU <b>PROBLEMA</b> DE SALUD O SU <b>DIAGNÓSTICO</b> ?		
19.3 ¿EL MÉDICO <b>LE EXPLICÓ</b> A USTED SOBRE LAS <b>INDICACIONES</b> O RECOMENDACIONES DE SU TRATAMIENTO?		
19.4 ¿ <b>ENTENDIÓ</b> USTED LAS INDICACIONES O RECOMENDACIONES DEL MÉDICO Y EN GENERAL SOBRE SU PROBLEMA DE SALUD?		

## 20) SATISFACCIÓN DEL USUARIO

	SÍ	NO
20.1 ¿ESTÁ USTED <b>SATISFECHO</b> CON LA <b>PRIVACIDAD</b> CON QUE FUE ATENDIDO?		
20.2 ¿ESTÁ USTED <b>SATISFECHO</b> CON EL <b>TRATO</b> QUE LE DIO EL PERSONAL DE ESTE HOSPITAL?		
20.3 ¿ESTÁ USTED <b>SATISFECHO</b> CON EL <b>TIEMPO</b> QUE ESPERÓ PARA RECIBIR LA ATENCIÓN MÉDICA?		
20.4 ¿CONSIDERA USTED QUE SU PROBLEMA DE SALUD <b>MEJORÓ</b> O ESTÁ MEJORANDO?		

## 21) INGRESO POR URGENCIAS

21.1 ¿INGRESÓ USTED POR **URGENCIAS**?  **URGENCIAS PEDIATRIA**  **URGENCIAS ADULTOS**  **URGENCIAS MATERNIDAD**

21.2 SI SU RESPUESTA ES **SÍ**: ¿CUÁNTO **TIEMPO TARDÓ** EN RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN URGENCIAS (Desde su llegada a la puerta de Urgencias hasta el primer contacto de atención en el TRIAGE o si pasó directamente a Área Verde, Amarilla, Roja o Procedimientos) MINUTOS: \_\_\_\_\_

## 22) REALIZACION DE CIRUGIA / CONSENTIMIENTO INFORMADO / DERECHOS DEL PACIENTE

	D	V	SÍ	NO
22.1 ¿SE LE PRACTICÓ ALGUNA <b>CIRUGÍA</b> EN ESTE HOSPITAL?				
22.2 ¿ <b>FIRMÓ</b> USTED UN DOCUMENTO DONDE AUTORIZA TODOS LOS TRATAMIENTOS QUE SE LE HAN REALIZADO? (CONSENTIMIENTO INFORMADO)				
22.3 ¿RECIBIÓ USTED INFORMACIÓN SOBRE LOS <b>DERECHOS DE USTED COMO PACIENTE</b> ? MENCIONE TRES DE ELLOS:				

**23) OPINIÓN SOBRE EL PERSONAL**

¿CUÁL ES SU <b>OPINIÓN</b> SOBRE...	1) MALA	2) REGULAR	3) BUENA	4) MUY BUENA
23.1 ... SU MÉDICO?				
23.2 ... SU ENFERMERA?				
23.3 ... EL PERSONAL DE RECEPCIÓN?				
23.4 ... EL PERSONAL DE VIGILANCIA?				
23.5 ... EL PERSONAL DE CAJAS?				
23.6 ... EL PERSONAL DE INTENDENCIA?				
23.7 ... EL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL?				
23.8 ... EL PERSONAL DE RAYOS X O IMAGENOLÓGÍA?				
23.9 ... EL PERSONAL DE LABORATORIO?				

**24) OPINIÓN SOBRE LAS INSTALACIONES**

¿CUÁL ES SU <b>OPINIÓN</b> SOBRE...	1) MALA	2) REGULAR	3) BUENA	4) MUY BUENA
24.1 ... LIMPIEZA DEL HOSPITAL O EL ÁREA DONDE RECIBIÓ LA ATENCIÓN?				
24.2 ... ORDEN? (FUNCIONALIDAD DEL LUGAR DONDE RECIBIÓ LA ATENCIÓN)				
24.3 ... LA LIMPIEZA, FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LOS BAÑOS?				
24.4 ... LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN? (INSTALACIONES, PROCEDIMIENTOS SEGUROS, IDENTIFICACIÓN PTE, ETC)				
24.5 ... LA COMODIDAD EN EL ÁREA DONDE RECIBIÓ LA ATENCIÓN?				
24.6 ... LA COMIDA? (SI PROCEDE)				

**25) CALIFICACIÓN DEL HOSPITAL**

25.1 ¿CÓMO CALIFICA EL HOSPITAL?	2) MALO	4) REGULAR	8) BUENO	16) MUY BUENO

**SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES**

	SÍ	NO
26) ¿RECOMENDARÍA A UN FAMILIAR O CONOCIDO QUE SE ATIENDA EN ESTE HOSPITAL?		

27) LO QUE LE GUSTÓ:

---



---



---



---

28) SUGERENCIAS:

---



---



---



---

**DATOS SOBRE EL INFORMANTE O ENCUESTADO**

29) QUIÉN  PACIENTE  FAMILIAR 30) SEXO  MASC  FEM

31) EDAD  18 - 30 AÑOS \_\_\_\_\_  
 31 - 60 AÑOS \_\_\_\_\_  
 MÁS DE 60 AÑOS \_\_\_\_\_

32) ENCUESTADOR