

Entidad Federativa:		CLUES:	GRSSA009945
Establecimiento:	HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO		
Nivel de Atención:	1° ( ) 2° ( ) 3° ( )		
Nombre del Gestor:	DR. ARMANDO GARCIA ORTIZ	Cartera:	CAUSES ( ) FPGC ( ) SMSXXI ( X )
Fecha de aplicación:	/ /	N° Póliza afiliación:	
Nombre del Afiliado:		Sexo:	M ( ) H ( )
		Edad:	

Instrucciones: El supervisor deberá presentarse ante el beneficiario con respeto y explicarle el objetivo de la entrevista, asegurándole que los datos asentados en la cédula serán tratados con confidencialidad. Asegúrese de no dejar preguntas sin contestar. Aplicar la encuesta a la Mama, Papa y/o Tutor del beneficiario menor de 5 años, **la entrevista deberá ser dirigida a la Atención del menor.**

**ESCOLARIDAD**

1.- ¿Cuál fue el último año o grado completo de estudios que aprobó en la escuela?

- Ninguno       Preescolar o Kínder       Primaria       Secundaria       Preparatoria o Bachillerato  
 Normal       Carrera Técnica o Comercial       Profesional o Superior       Maestría o Doctorado       No sabe / No recuerda

**ASPECTOS DE ASEGURAMIENTO**

2.- Al afiliarse, ¿Le entregaron su Carta de Derechos y Obligaciones?     Si     No     No sabe / No recuerda

3.- ¿Le explicaron el contenido de la Carta de Derechos y Obligaciones?     Si     No     No sabe / No recuerda

**MOTIVO DE CONSULTA**

4.- ¿Cuál es el motivo por el que acudió a este establecimiento?

- Consulta externa     Hospitalización     Medicina preventiva (vacuna, método anticonceptivo)  
 Urgencias     Auxiliares diagnósticos (Laboratorios/Rayos X)     Farmacia     Otro (Especifique)

5.- ¿Le dieron información clara sobre su enfermedad o el motivo por el que acude a este establecimiento?

Si     No

6.- ¿Entendió la información que le dio el médico en relación a su padecimiento?     Si     No (Especifique)

7.- ¿Se atendería nuevamente con el mismo médico?     Si     No     No sabe / No recuerda

8.- ¿Recomendaría al médico que lo atendió con otras personas?     Si     No     No sabe / No recuerda

9.- De una escala del 1 al 5, siendo el 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho. ¿Cómo calificaría a quién lo(la) atendió del área médica?

**Médico general o familiar**
**Enfermera(o)**
**Médico especialista**

5. Muy Satisfecho  
 4. Satisfecho  
 3. Ni satisfecho ni insatisfecho  
 2. Insatisfecho  
 1. Muy Insatisfecho  
 No aplica

5. Muy Satisfecho  
 4. Satisfecho  
 3. Ni satisfecho ni insatisfecho  
 2. Insatisfecho  
 1. Muy Insatisfecho  
 No aplica

5. Muy Satisfecho  
 4. Satisfecho  
 3. Ni satisfecho ni insatisfecho  
 2. Insatisfecho  
 1. Muy Insatisfecho  
 No aplica

**ATENCIÓN RECIBIDA**

10.- En una escala del 1 al 5, siendo el 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la atención médica recibida?

5. Muy satisfecho     4. Satisfecho     3. Ni satisfecho ni insatisfecho     2. Insatisfecho     1. Muy Insatisfecho

11.- Si pudiera elegir, ¿Se atendería en el mismo establecimiento?     Si     No     No sabe / No recuerda

**TIEMPO DE ESPERA**

12.- Una vez que estuvo dentro del establecimiento de salud ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que recibió su ficha u hora de consulta programada hasta que recibió atención?

13.- En una escala del 1 al 5, siendo el 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho. ¿Qué tan satisfecho(a) está con el tiempo que tuvo que esperar desde que solicitó atención hasta que la recibió?

5. Muy satisfecho     4. Satisfecho     3. Ni satisfecho ni insatisfecho     2. Insatisfecho     1. Muy Insatisfecho

**SURTIMIENTO DE MEDICAMENTOS**

14.- ¿Le surtieron todos los medicamentos que le recetaron?

En caso de que la respuesta sea *Surtimiento completo* o *Sin surtimiento*, porque el paciente no pasó a farmacia, pase a la pregunta 16.

- Surtimiento completo (Todos los medicamentos)     No surtieron (Ningún medicamento)  
 Surtimiento parcial (Algunos medicamentos)     Sin surtimiento, porque el paciente no pasó a farmacia

15.- Especificar los medicamentos faltantes:

16.- En una escala del 1 al 5, siendo el 1 Muy insatisfecho y 5 Muy satisfecho. ¿Qué tan satisfecho(a) está con el surtimiento de medicamentos?

5. Muy satisfecho     4. Satisfecho     3. Ni satisfecho ni insatisfecho     2. Insatisfecho     1. Muy Insatisfecho

### GASTO DE BOLSILLO

17.- Durante el proceso de atención en los últimos 3 meses, ¿Ha tenido que realizar compra de medicamentos?

- Si     No     No sabe / No recuerda

18.- Durante el proceso de atención, ¿Le han solicitado pagar por algún servicio? En caso de que la respuesta sea No o No sabe pase a la pregunta 20.

- Si     No     No sabe / No recuerda

19.- ¿Qué servicio pagó?

- Consulta     Estudios de laboratorio y/o gabinete     Atención en urgencias     Farmacia  
 Hospitalización     Instrumental o equipo médico     Limpieza o mantenimiento

### REEMBOLSO

20.- ¿Conoce el procedimiento para solicitar la devolución del pago por cobro indebido?

- Si     No

### TRATO DIGNO

21.- ¿El personal del establecimiento lo trató con amabilidad y respeto? En caso de que la respuesta sea Si, pase a la pregunta 23.

- Si     No

22.- Especificar por parte de quién no recibió un trato amable y respetuoso

- Médico del Consultorio     Médico de Urgencias     Enfermería     Farmacia     Trabajo Social  
 Banco de Sangre     Archivo     Vigilancia     Limpieza

### DISCRIMINACIÓN

23.- ¿Se ha sentido discriminado o mal tratado durante su atención en este establecimiento? En caso de que la respuesta sea No, pase a la pregunta 26.

- Si     No

24.- Especificar ¿Por parte de quién recibió discriminación?

- Médico del Consultorio     Médico de Urgencias     Enfermería     Farmacia     Trabajo Social  
 Banco de Sangre     Archivo     Vigilancia     Limpieza

25.- Especificar si fue por alguno de los siguientes motivos:

- Edad     Apariencia física     Condición socioeconómica     Género     Forma de vestir  
 Costumbre o cultura     Preferencia sexual     Discapacidad     Otros (Especifique)

26.- ¿Desea presentar una queja? Si la respuesta es No, fin de la encuesta.

- Si     No     No sabe

27.- Especificar el rubro de la queja

- Atención recibida     Tiempo de espera     Entrega de medicamentos     Cobro o pago     Infraestructura  
 Otros (Especifique)

### SEGURO MÉDICO SIGLO XXI

28.- ¿Conoce el padecimiento por el cual está siendo atendido el menor? (intervención cubierta por SMSXXI)

- Si     No

28.1- Si responde Si, especificar el diagnostico por el cual está siendo atendido el menor.

29.- ¿Conoce el nombre completo del médico tratante?

- Si     No

30.- ¿Le ha realizado todos los exámenes de laboratorio y gabinete que le han indicaron al menor?

- Si     No

30.1- Si responde No, especificar que estudios no le realizaron.

31.- ¿Le ha surtido todos los medicamentos e insumos que le indicaron al menor?

- Si     No

31.1- Si responde No, especificar que medicamentos y/o insumos no le proporcionaron

Nombre	Presentación	Dosis

32.- ¿Ha presentado alguna queja?

Si  No

32.- ¿Ha recibido asesoría u orientación por el Gestor del Seguro Popular sobre sus derechos y obligaciones?

Si  No

33.- ¿Conoce el numero donde puede obtener información sobre el Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI y presentar una queja?



Firma del responsable de la encuesta

Firma del beneficiario(a)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_