**MINISTERIO DE SALUD**

**ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS PARA CENTROS DE SALUD**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_ Encuestador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de encuesta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Información social y demográfica**

Instalación de salud: \_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Región de Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicio solicitado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexo: F M Edad: \_\_\_\_\_\_ Seguro social: SI NO

Estado laboral: Trabajador Desempleado Jubilado Ama de casa Estudiante

Nivel de escolaridad: No asistió Primaria incompleta Secundaria incompleta Universidad

Primaria completa Secundaria completa

**Población objeto: Todos los ciudadanos que acuden en busca de algún servicio en la instalación de salud donde se realiza la encuesta.**

1. **ACCESIBILIDAD**
2. ¿Le fue fácil conseguir la cita para el servicio solicitado?

|  |  |
| --- | --- |
| SI |  |
| NO |  |

1. ¿Se le ofreció alternativa de seleccionar el día y hora de su cita?

|  |  |
| --- | --- |
| SI |  |
| NO |  |

¿Le gustaría poder tener esta opción?

|  |  |
| --- | --- |
| SI |  |
| NO |  |

1. ¿Cuál fue el medio empleado para obtener la cita?

|  |  |
| --- | --- |
| Personalmente |  |
| Vía telefónica |  |
| Otro medio |  |

1. ¿Cuánto fue el tiempo de espera para ser atendido?

|  |  |
| --- | --- |
| < de 1 hora |  |
| de 1 a 2 horas |  |
| > de 2 horas |  |

1. Cuando fue a farmacia, ¿consiguió los medicamentos que le indicó el médico?

|  |  |
| --- | --- |
| SI |  |
| NO |  |
| NO APLICA |  |

¿Cuánto tiempo esperó para que le despacharan los medicamentos?

|  |  |
| --- | --- |
| < de 1 hora |  |
| de 1 a 2 horas |  |
| > de 2 horas |  |

1. ¿El horario de la instalación se adapta a sus necesidades?

|  |  |
| --- | --- |
| SI |  |
| NO |  |

1. **TRATO PERSONAL**
2. En cuanto a la forma en que lo atendieron, ¿Cómo califica el trato recibido en los siguientes aspectos?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personal** | **Criterios** | **Nada satisfactorio** | **Poco satisfactorio** | **Satisfactorio** | **Muy satisfactorio** |
| Administrativo | Amabilidad |  |  |  |  |
| Confianza |  |  |  |  |
| Interés |  |  |  |  |
| Enfermería | Amabilidad |  |  |  |  |
| Confianza |  |  |  |  |
| Interés |  |  |  |  |
| Médico | Amabilidad |  |  |  |  |
| Confianza |  |  |  |  |
| Interés |  |  |  |  |
| Odontología | Amabilidad |  |  |  |  |
| Confianza |  |  |  |  |
| Interés |  |  |  |  |
| Laboratorio | Amabilidad |  |  |  |  |
| Confianza |  |  |  |  |
| Interés |  |  |  |  |
| Farmacia | Amabilidad |  |  |  |  |
| Confianza |  |  |  |  |
| Interés |  |  |  |  |
| Otro: | Amabilidad |  |  |  |  |
| Confianza |  |  |  |  |
| Interés |  |  |  |  |

1. **VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD**
2. En cuanto al servicio de los profesionales que lo atendieron, ¿cómo califica los siguientes aspectos?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nada satisfactorio** | **Poco satisfactorio** | **Satisfactorio** | **Muy satisfactorio** |
| Privacidad al momento de la consulta |  |  |  |  |
| Información sobre su estado de salud y tratamiento a seguir |  |  |  |  |
| Tiempo dedicado en la consulta |  |  |  |  |
| **Solución a su problema de salud** |  |  |  |  |

1. **CONDICIONES BÁSICAS DE LA INSTALACIÓN DE SALUD**
2. ¿Cómo califica el estado de la instalación en cuanto a los siguientes aspectos?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Criterios** | **Nada**  **satisfactorio** | **Poco satisfactorio** | **Satisfactorio** | **Muy satisfactorio** |
| Limpieza |  |  |  |  |
| Comodidad |  |  |  |  |
| Señalización/información de servicios |  |  |  |  |
| Iluminación |  |  |  |  |
| Información en salud (Murales informativos) |  |  |  |  |

1. **Tiene alguna recomendación o sugerencia para mejorar la calidad de la atención en la instalación de salud.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_