



INSTITUCION: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO: VICTORIA

TIPO DE UNIDAD: 3ER. NIVEL

FECHA DE ELABORACION: 30/SEPTIEMBRE 2015

NOMBRE DE LA UNIDAD: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"

CLAVE DE UNIDAD: TSSSA018292

HOJA: 1/3

SEXO	TURNO	10. EN GENERAL, ¿COMO CLASIFICA EL SERVICIO QUE LE FUE BRINDADO EN EL HOSPITAL?	11. ¿QUE OPINA DEL TIEMPO DE ESPERA EN SER ATENDIDO?	12. ¿EL MEDICO LE PERMITIÓ HABLAR SOBRE SU ESTADO DE SALUD?	13. ¿EL MEDICO LE EXPLICO SOBRE SU ESTADO DE SALUD?	14. ¿EL MEDICO LE EXPLICO SOBRE EL TRATAMIENTO QUE DEBE SEGUIR?	15. ¿EL MEDICO LE EXPLICO SOBRE EL CUIDADO QUE DEBE SEGUIR?	16. ¿LA INFORMACION QUE LE PROPORCIONO LE MEDICO COMO LA CONSIDERA?	17. ¿EN QUE AREAS DEL SERVICIO EL PERSONAL LE DIO MAL SERVICIO?
MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	CLARA	
FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	VEPERTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	CLARA	
FEMENINO	VEPERTINO	EXCELENTE	TARDADO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	MATUTINO	BUENO	TARDADO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	ENFERMERIA
MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	MATUTINO	BUENO	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	VEPERTINO	BUENO	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	CLARA	
FEMENINO	VEPERTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	VEPERTINO	BUENO	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	CLARA	
FEMENINO	MATUTINO	BUENO	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	CLARA	CAJA
MASCULINO	MATUTINO	BUENO	TARDADO	SI	SI	SI	SI	CLARA	
FEMENINO	VEPERTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	VEPERTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	VEPERTINO	EXCELENTE	TARDADO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	VEPERTINO	BUENO	BUEN TIEMPO	SI	No	SI	SI	CLARA	
FEMENINO	VEPERTINO	BUENO	TARDADO	SI	SI	SI	SI	CLARA	
MASCULINO	FIN DE SEMANA	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	FIN DE SEMANA	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	No	SI	SI	CLARA	
MASCULINO	FIN DE SEMANA	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	FIN DE SEMANA	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	

NOMBRE Y FIRMA DE AVAL CIUDADANO





INSTITUCION: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO: VICTORIA

TIPO DE UNIDAD: 3ER. NIVEL

FECHA DE ELABORACION: 30/SEPTIEMBRE/2015

NOMBRE DE LA UNIDAD: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"

CLAVE DE UNIDAD: TSSSA018292

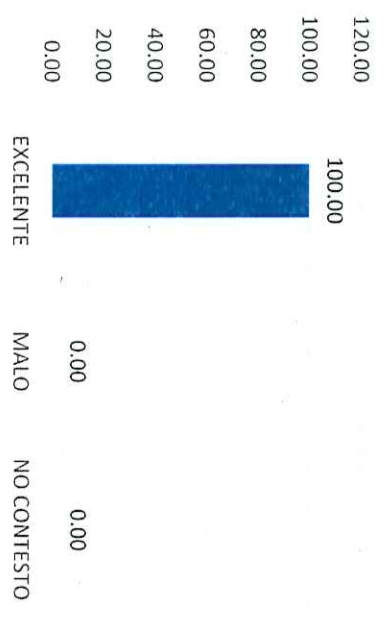
H01A-2/3

10. EN GENERAL, ¿COMO CLASIFICA EL SERVICIO QUE LE FUE BRINDADO EN EL HOSPITAL?		%
EXCELENTE	30	100.00
MALO	0	0.00
NO CONTESTO	0	0.00
TOTAL	30	100

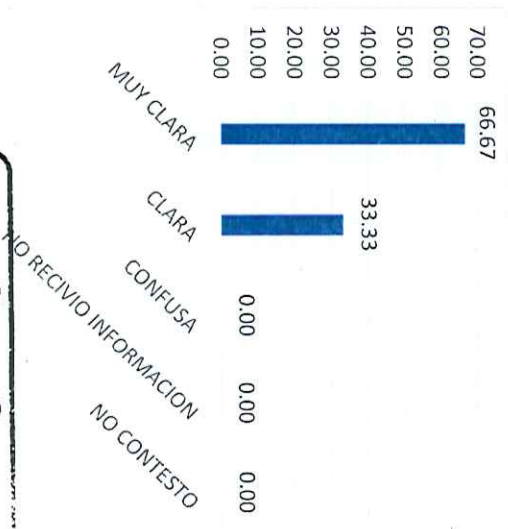
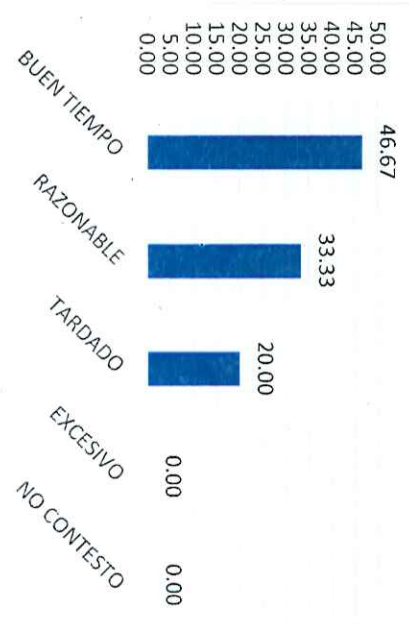
11. ¿QUE OPINA DEL TIEMPO DE ESPERA EN SER ATENDIDOS?		%
BUEN TIEMPO	14	46.67
RAZONABLE	10	33.33
TARDADO	6	20.00
EXCESIVO	0	0.00
NO CONTESTO	0	0.00
TOTAL	30	100

LA INFORMACION QUE LE PROPORCIONO EL MEDICO ¿CÓMO LA CONSIDERA USTED?		%
MUY CLARA	20	66.67
CLARA	10	33.33
CONFUSA	0	0.00
NO RECIVIO INFORMACION	0	0.00
NO CONTESTO	0	0.00
TOTAL	30	100.00

**CLASIFICACIÓN DE SERVICIO BRINDANDO EN EL HOSPITAL**



**TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDOS**



\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE AVAL CIUDADANO





INSTITUCION: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO: VICTORIA

TIPO DE UNIDAD: 3ER. NIVEL

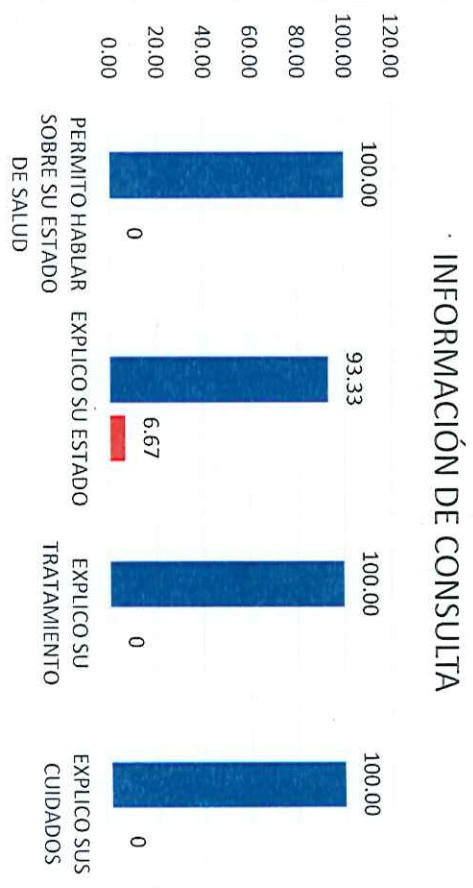
FECHA DE ELABORACION: 30/SEPTIEMBRE/2015

NOMBRE DE LA UNIDAD: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"

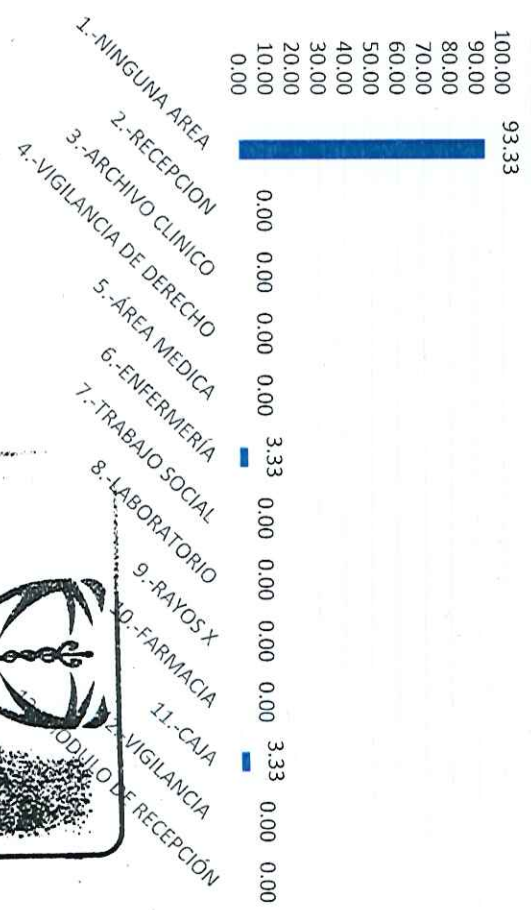
CLAVE DE UNIDAD: TSSSA018292

H01A-3/3

INFORMACION DE CONSULTA	SI	NO	TOTAL	% SI	% NO
PERMITO HABLAR SOBRE SU ESTADO DE SALUD	30	0	30	100.00	0
EXPLICO SU ESTADO	28	2	30	93.33	6.67
EXPLICO SU TRATAMIENTO	30	0	30	100.00	0
EXPLICO SUS CUIDADOS	30	0	30	100.00	0



EN QUE AREA DEL SERVICIO EL PERSONAL LE DIO MAL SERVICIO		%
1.-NINGUNA AREA	28	93.33
2.-RECEPCION	0	0.00
3.-ARCHIVO CLINICO	0	0.00
4.-VIGILANCIA DE DERECHO	0	0.00
5.-ÁREA MEDICA	0	0.00
6.-ENFERMERÍA	1	3.33
7.-TRABAJO SOCIAL	0	0.00
8.-LABORATORIO	0	0.00
9.-RAYOS X	0	0.00
10.-FARMACIA	0	0.00
11.-CAJA	1	3.33
12.-VIGILANCIA	0	0.00
13.-MODULO DE RECEPCIÓN	0	0.00
TOTAL	30	100.00



NOMBRE Y FIRMA DE AVAL CIUDADANO

