



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 PERMITIO 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 SERVIRIA COMO LA CONSIDERA?	17. ¿EN QUE AREAS DEL PERSONAL LE DIO MAL SERVICIO?
MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	RECEPCION
FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY 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	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	TARDADO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	

NOMBRE Y FIRMA DE AVAL CIUDADANO

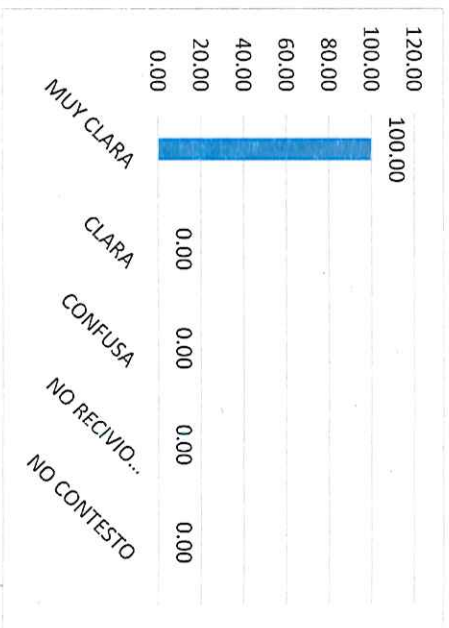
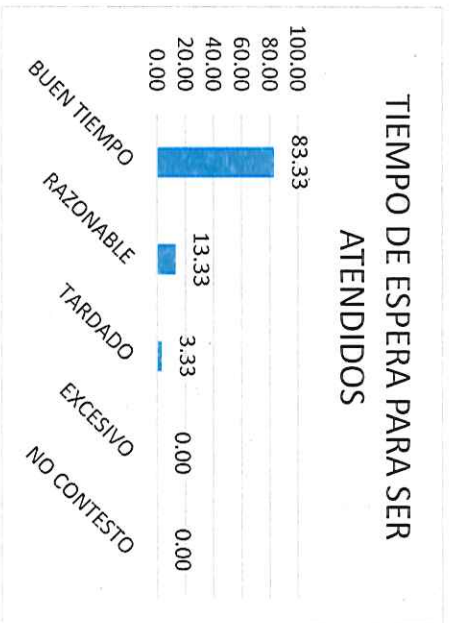
HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
CIUDAD VICTORIA
SECRETARIA DE CALIDAD



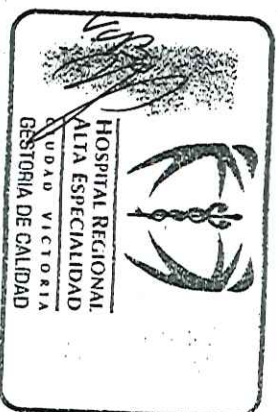
EN GENERAL, ¿COMO CLASIFICA EL SERVICIO QUE LE FUE BRINDADO EN EL HOSPITAL?		%
EXCELENTE	30	100
MALO	0	0.00
NO CONTESTO	0	0.00
TOTAL	30	100

¿QUE OPINA DEL TIEMPO DE ESPERA EN SER ATENDIDOS?		%
BUEN TIEMPO	25	83.33
RAZONABLE	4	13.33
TARDADO	1	3.33
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	30	100.00
CLARA	0	0.00
CONFUSA	0	0.00
NO RECIVIO INFORMACION	0	0.00
NO CONTESTO	0	0.00
TOTAL	30	100.00



NOMBRE Y FIRMA DE AVAL CIUDADANO





INSTITUCION: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO: VICTORIA

TIPO DE UNIDAD: 3ER. NIVEL

FECHA DE ELABORACION: 30/JUNIO/2016

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

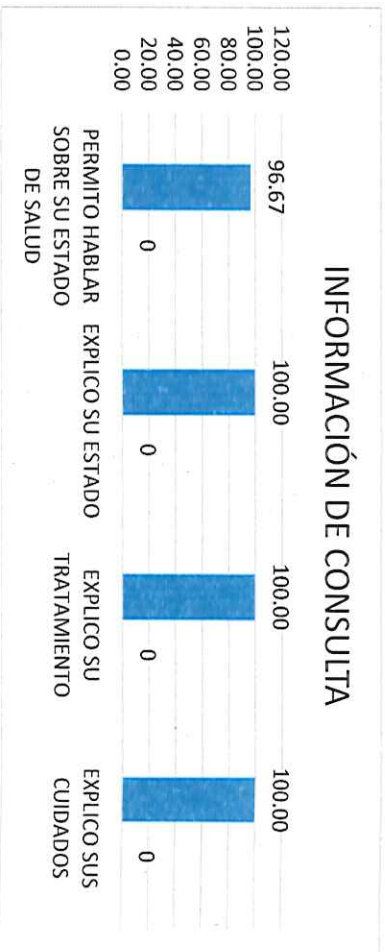
CLAVE DE UNIDAD: TSSSA018292

HOJA: 3/3

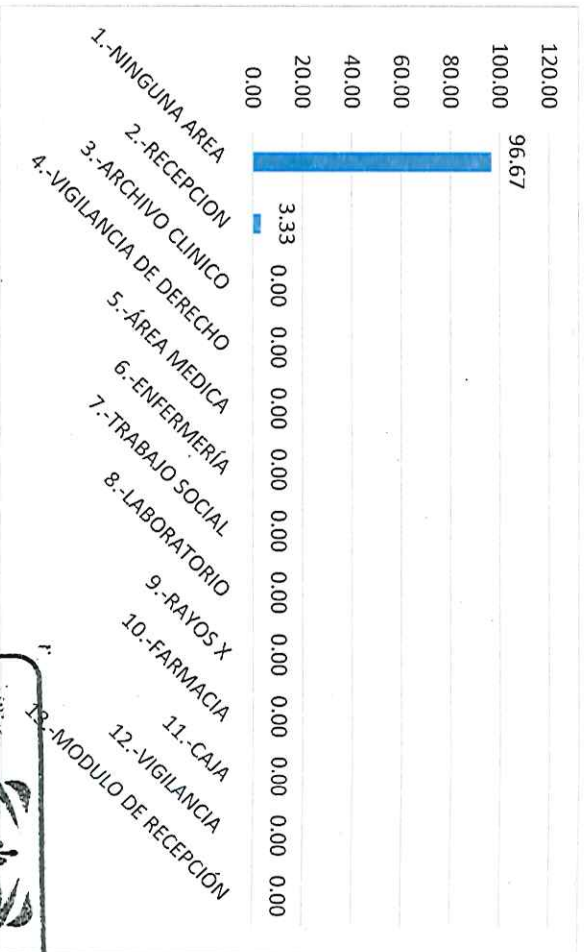
INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD
INDICADOR DE TRATO DIGNO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS



INFORMACION DE CONSULTA	SI	NO	TOTAL	% SI	% NO
PERMITO HABLAR SOBRE SU ESTADO DE SALUD	29	0	29	96.67	0
EXPLICO SU ESTADO	30	0	30	100.00	0
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	29	96.67
2.-RECEPCION	1	3.33
3.-ARCHIVO CLINICO	0	0.00
4.-VIGILANCIA DE DERECHO	0	0.00
5.-AREA MEDICA	0	0.00
6.-ENFERMERIA	0	0.00
7.-TRABAJO SOCIAL	0	0.00
8.-LABORATORIO	0	0.00
9.-RAYOS X	0	0.00
10.-FARMACIA	0	0.00
11.-CAJA	0	0.00
12.-VIGILANCIA	0	0.00
13.-MODULO DE RECEPCION	0	0.00
TOTAL		100.00



NOMBRE Y FIRMA DE AVAL CIUDADANO

