

SECCIÓN I. Datos del Establecimiento (Unidad médica / Hospital)

Nombre establecimiento (Unidad médica /Hospital): _____ CLUES de la Unidad: _____ Institución: _____
 Estado: _____ Municipio o Delegación: _____ Localidad: _____
 Periodo a reportar: enero - abril mayo - agosto septiembre-diciembre Año: _____ Nombre de la organización(es) o ciudadano a título individual: _____

SECCIÓN II. Identificación de Sugerencias derivado de revisión por parte del Aval Ciudadano

INSTRUCCIONES: Pregunte a 5 usuarios de la Unidad Médica, marque con una "X" en caso de que contesten "SI" o con una "X" en caso de que contesten "NO", después sume el total de "X"

	1	2	3	4	5	Total de "X"
1. ¿El usuario conoce los Derechos Generales de los Pacientes? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar los puede ver.						
2. ¿El usuario conoce los resultados de calidad publicados en el Periódico Mural de la Unidad Médica? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar lo puede ver.						

INSTRUCCIONES: Pregunte a 10 usuarios de la unidad médica.

No.	¿Qué es lo que SI le gusta de la Unidad?	¿Qué es lo que NO le gusta de la Unidad?	¿Cómo sugiere que se mejore?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

CONFORT DE LAS INSTALACIONES

INSTRUCCIONES: Después de realizar una inspección visual al establecimiento de atención médica, marque con una "X" si existen oportunidades de mejora en las áreas visitadas de acuerdo al tema correspondiente . Posteriormente: Sume de lado a lado las "X" y coloque el total de "X" en el apartado correspondiente (Total).

Tema	Áreas con sugerencias según la inspección visual por tema				Total
Privacidad	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Instalaciones	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Acceso al público	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Ventilación	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Iluminación	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Superficies y pintura	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Señalización	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Limpieza y orden	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	

SECCIÓN III. Identificación de áreas de oportunidad derivado de los resultados de la aplicación de la encuesta

INSTRUCCIONES: Escriba las tres principales áreas de oportunidad de acuerdo a los resultados de la aplicación de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno

SECCIÓN IV. Sugerencias de Mejora

INSTRUCCIONES: Tome en cuenta lo registrado en los apartados anteriores y describa acciones concretas que puedan llevarse a cabo y que ayuden a mejorar el trato y calidad en la Unidad Médica

	Área o tema que sugiere se mejore	¿Cómo sugiere que se mejore? Describa una actividad específica, que pueda verificarse
1		
2		
3		
4		
5		

SECCIÓN V. Seguimiento a Carta Compromiso

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" la casilla correspondiente a las evidencias documentadas que dan seguimiento al acuerdo establecido en la Carta Compromiso del(de los) cuatrimestre(s) anterior(es).

Cuatrimestre en el que se firmó la Carta Compromiso	Año	¿Se cumplió la Carta?	Acuerdo establecido en la Carta Compromiso	Evidencia del Cumplimiento											
1	ene-abr <input type="checkbox"/> may-ago <input type="checkbox"/> sep-dic <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Agendas <input type="checkbox"/> Bitácoras <input type="checkbox"/> Constancias <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Listas de asistencia <input type="checkbox"/> Material impreso <input type="checkbox"/> Memorándum u oficios <input type="checkbox"/> Minutas <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>											
2	ene-abr <input type="checkbox"/> may-ago <input type="checkbox"/> sep-dic <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Agendas <input type="checkbox"/> Bitácoras <input type="checkbox"/> Constancias <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Listas de asistencia <input type="checkbox"/> Material impreso <input type="checkbox"/> Memorándum u oficios <input type="checkbox"/> Minutas <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>											
3	ene-abr <input type="checkbox"/> may-ago <input type="checkbox"/> sep-dic <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Agendas <input type="checkbox"/> Bitácoras <input type="checkbox"/> Constancias <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Listas de asistencia <input type="checkbox"/> Material impreso <input type="checkbox"/> Memorándum u oficios <input type="checkbox"/> Minutas <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>											
4	ene-abr <input type="checkbox"/> may-ago <input type="checkbox"/> sep-dic <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Agendas <input type="checkbox"/> Bitácoras <input type="checkbox"/> Constancias <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Listas de asistencia <input type="checkbox"/> Material impreso <input type="checkbox"/> Memorándum u oficios <input type="checkbox"/> Minutas <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>											
5	ene-abr <input type="checkbox"/> may-ago <input type="checkbox"/> sep-dic <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Agendas <input type="checkbox"/> Bitácoras <input type="checkbox"/> Constancias <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Listas de asistencia <input type="checkbox"/> Material impreso <input type="checkbox"/> Memorándum u oficios <input type="checkbox"/> Minutas <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>											

IMPORTANTE: Entregar el original del este formato al Responsable de la Unidad y solicitar que le firme una copia para usted.

SECCIÓN VI: Establecimiento de Compromisos

IMPORTANTE: Este espacio debe ser llenado por el Responsable de la Unidad Médica o el Gestor de la Unidad, una vez que se haya entregado la Carta Compromiso correspondiente al cuatrimestre al Aval Ciudadano.

Dominio	Descripción del dominio	¿Hubo sugerencias?	¿Se firmó Carta Compromiso?	Fecha en la que se firmó la Carta Compromiso	Número de Carta Compromiso
Autonomía:	Es la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Día / Mes / Año	
Confidencialidad:	Se relaciona con el derecho de los usuarios a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Día / Mes / Año	
Comunicación:	Que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema y sobre las distintas opciones de tratamiento.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Día / Mes / Año	
Trato Digno:	Implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Día / Mes / Año	
Atención Oportuna:	Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y a la recepción de ésta.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Día / Mes / Año	
Condiciones básicas:	Confort. Evalúa, entre otros aspectos, la limpieza de los baños y de las salas de espera, iluminación, la calidad de los alimentos servidos a los hospitalizados, entre otras.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Día / Mes / Año	
Organización de los servicios	Se refiere a la organización de los servicios que se prestan en la unidad médica y que impactan a la atención del usuario.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Día / Mes / Año	
Medicamentos:	Se refiere al abasto de medicamentos, la gestión de los mismos.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Día / Mes / Año	
Difusión:	Se refiere a la difusión de la información obtenida del monitoreo ciudadano, a los usuarios de los servicios de salud.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Día / Mes / Año	
Infraestructura:	Se refiere a las modificaciones estructurales que se realicen en el establecimiento de atención médica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Día / Mes / Año	
Equipo:	Se refiere a la solicitud de reparación o comprar de equipo médico.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Día / Mes / Año	

Nombre y firma del Aval Ciudadano _____

Nombre y firma del responsable de la unidad médica _____