

## CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN EN LA U.G.C. DE APARATO DIGESTIVO

Con el fin de mejorar y adecuar los servicios sanitarios del Hospital Regional Universitario de Málaga a las necesidades de nuestros usuarios, deseáramos conocer su opinión y el grado de satisfacción con la atención recibida. Por tanto, le solicitamos que cumplimente este cuestionario de forma anónima y se lo entregue al personal sanitario o en la secretaría de la Unidad.

<b>Fecha</b>	<input type="checkbox"/>	La persona que contesta es:	La edad de la persona que contesta es:
/ /		<input type="checkbox"/> El propio paciente <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Familiar/acompañante <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> de 14 a 29 <input type="checkbox"/> de 46 a 65 <input type="checkbox"/> de 30 a 45 <input type="checkbox"/> mas de 65

<i>¿Cómo valoraría los siguientes aspectos durante su estancia hospitalaria?</i>	<i>Muy Buena</i>	<i>Buena</i>	<i>Ni Buena Ni Mala</i>	<i>Mala</i>	<i>Muy Mala</i>
Información que le facilitaron al ingreso sobre las normas de la Unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza del servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort de las habitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calidad de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respeto a su intimidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descanso nocturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitas: número de personas, horarios y duración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidencialidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación del personal: tarjeta identificativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación del profesional responsable de su proceso durante su estancia (profesional referente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disposición del personal para escucharlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información sobre la evolución de su enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participación en la elección de tratamiento médico y toma de decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados y atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados y atención de Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados y atención de Auxiliares de Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato recibido en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calificación al servicio si recomendará a otro familiar/amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calificación de la Asistencia Sanitaria recibida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grado de Satisfacción general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿qué es lo que más le ha gustado de este hospital? \_\_\_\_\_

¿qué es lo que menos le ha gustado de este hospital? \_\_\_\_\_

**Muchas gracias por su colaboración**