

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE 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.

Fecha	<input type="checkbox"/> / /	La persona que contesta es: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> El propio paciente</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Hombre</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Familiar/acompañante</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Mujer</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> El propio paciente	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Familiar/acompañante	<input type="checkbox"/> Mujer	La edad de la persona que contesta es: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> de 14 a 29</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> de 46 a 65</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> de 30 a 45</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> mas de 65</td> </tr> </table>	<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
<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 atención en la Consulta de A. Digestivo?</i>	<i>Muy Buena</i>	<i>Buena</i>	<i>Ni Buena Ni Mala</i>	<i>Mala</i>	<i>Muy Mala</i>
Horario de consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprensión de la información facilitada	<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"/>
Limpieza del servicio	<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"/>
Señalización de la consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confortabilidad del servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confianza en el servicio y los profesionales	<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"/>
Tiempo de espera para la consulta	<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 los resultados de las pruebas	<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"/>
Atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolución de trámites y papeles	<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 esta consulta? _____

¿Qué es lo que menos le ha gustado de esta consulta? _____

Muchas gracias por su colaboración