



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



INSTITUCION: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO: VICTORIA

TIPO DE UNIDAD: 3ER. NIVEL

FECHA DE ELABORACION: 09/JUNIO/2014

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

CLAVE DE UNIDAD: TSSSA018292

HOLA: 1/3

NO	SEXO	TORNO	EN GENERAL ¿COMO CLASIFICAS EL SERVICIO QUE LE FUE BRINDADO EN EL HOSPITAL?	¿QUE OPINA DEL TIEMPO DE ESPERA EN SER ATENDIDO?	¿EL MEDICO LE PERMITIO HABLAR SOBRE SU ESTADO DE SALUD?	¿EL MEDICO LE EXPLICO SOBRE SU ESTADO DE SALUD?	¿EL MEDICO LE EXPLICO SOBRE EL TRATAMIENTO O QUE DEBE SEGUIR?	¿EL MEDICO LE EXPLICO SOBRE EL CUIDADO QUE DEBE SEGUIR?	¿LA INFORMACIÓN QUE LE PROPORCIONE EL MEDICO COMO LA CONSIDERAS?	¿EN QUE AREA DEL SERVICIO LE BRINDO EL SERVICIO?
1	MASCULINO	MATUTINO	BUENO	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
2	FEMENINO	MATUTINO	BUENO	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
3	MASCULINO	MATUTINO	BUENO	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
4	MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
5	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
6	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
7	MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
8	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
9	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
10	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	CLARA	
11	FEMENINO	MATUTINO	BUENO	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	CLARA	CAJA
12	FEMENINO	MATUTINO	BUENO	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	CLARA	TRABAJO SOCIAL
13	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
14	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
15	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	CLARA	
16	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	CLARA	
17	MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
18	MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
19	MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	CLARA	
20	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
21	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
22	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	CLARA	
23	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	CLARA	
24	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	CLARA	
25	FEMENINO	MATUTINO	BUENO	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
26	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	BUEN TIEMPO	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
27	MASCULINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
28	MASCULINO	MATUTINO	BUENO	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
29	MASCULINO	MATUTINO	BUENO	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	
30	FEMENINO	MATUTINO	EXCELENTE	RAZONABLE	SI	SI	SI	SI	MUY CLARA	

Eng. Juan Armando Calleja S.

NOMBRE Y FIRMA DE AVAL CIUDADANO





INSTITUCION: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO: VICTORIA

TIPO DE UNIDAD: 3ER. NIVEL

FECHA DE ELABORACION: 09/JULIO/2014



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

CLAVE DE UNIDAD: TSSSA018292

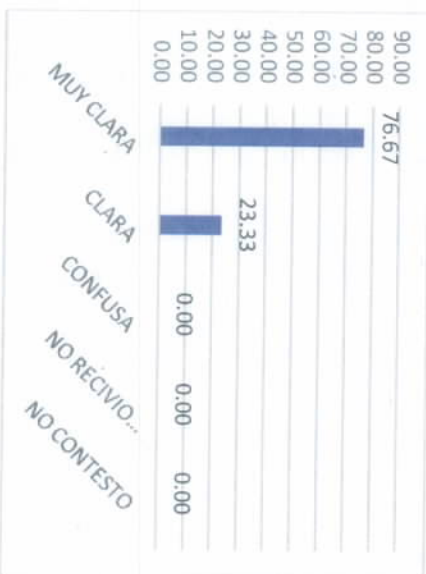
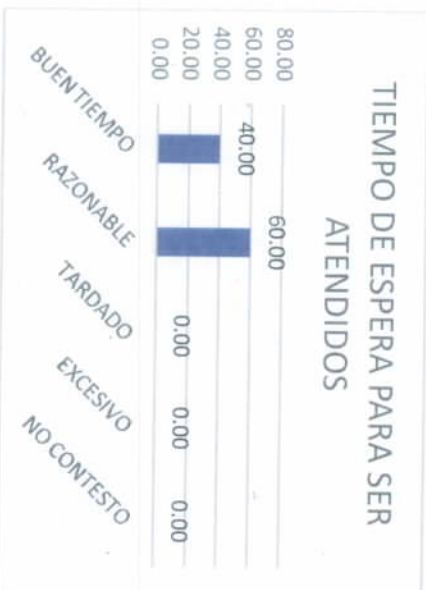
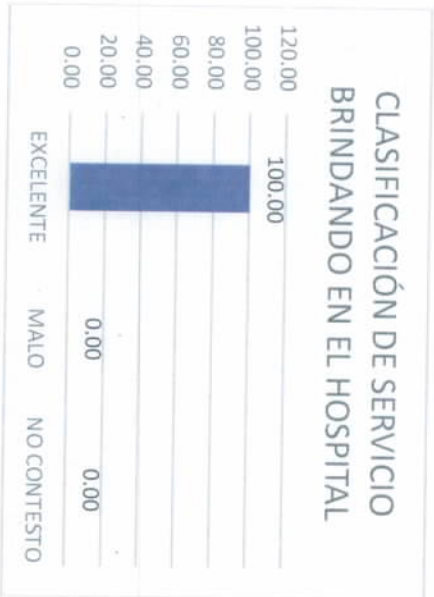
HORA: 2/3

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

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 SFR ATENDIDOS?		%
BUEN TIEMPO	12	40.00
RAZONABLE	18	60.00
TARDADO	0	0.00
EXCESIVO	0	0.00
NO CONTESTO	0	0.00
TOTAL	30	100

LA INFORMACION QUE LE PROPORCIONO EL MEDICO ¿COMO LA CONSIDERA USTED?		%
MUY CLARA	23	76.67
CLARA	7	23.33
CONFUSA	0	0.00
NO RECIVIO INFORMACION	0	0.00
NO CONTESTO	0	0.00
TOTAL	30	100.00



Ing. Ulises Amador Galván S.
NOMBRE Y FIRMA DE AVAL CIUDADANO





INSTITUCION: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO: VICTORIA

TIPO DE UNIDAD: 3ER. NIVEL

FECHA DE ELABORACION: 09/JULIO/2014

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

CLAVE DE UNIDAD: ISSSA018292

HOLA: 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	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 CUI AREA DEL SERVICIO EL PERSONAL LE DIO MAL SERVICIO		%	
NINGUN AREA	28	93.33	
RECEPCION	0	0.00	
ARCHIVO CLINICO	0	0.00	
VIGILANCIA DE DERECHO	0	0.00	
AREA MEDICA	0	0.00	
ENFERMERIA	0	0.00	
TRABAJO SOCIAL	1	3.33	
LABORATORIO	0	0.00	
RAYOS X	0	0.00	
FARMACIA	0	0.00	
CAJA	1	3.33	
VIGILANCIA	0	0.00	
MODULO DE RECEPCION	0	0.00	
TOTAL	30	100.00	



Ing. Humberto Galicia S.
NOMBRE Y FIRMA DE AVAL CIUDADANO

