



INSTITUCION: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO: VICTORIA

TIPO DE UNIDAD: 3ER. NIVEL

FECHA DE ELABORACION: 31/MARZO/2017

CLAVE DE UNIDAD: TSSSA018292

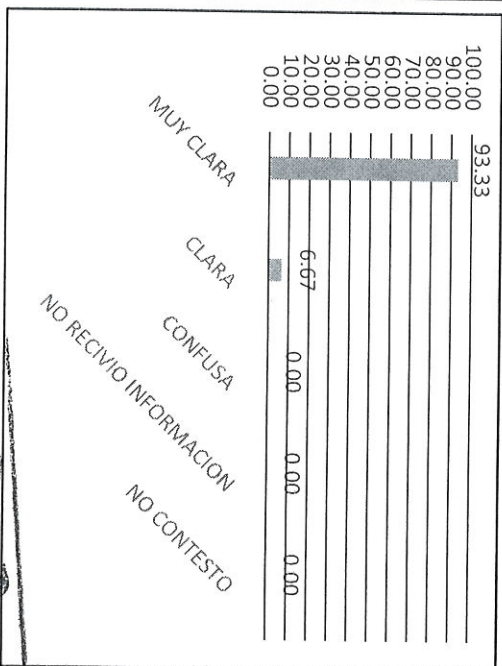
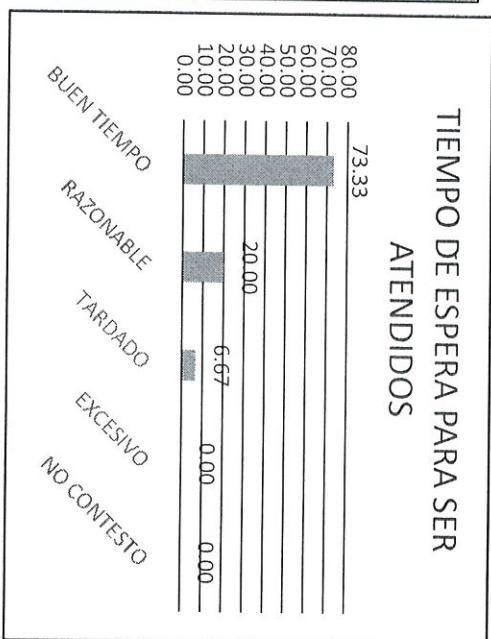
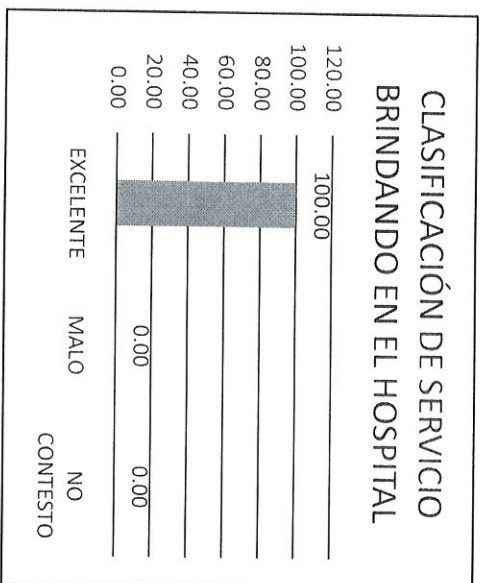
HOJA: 2/3



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

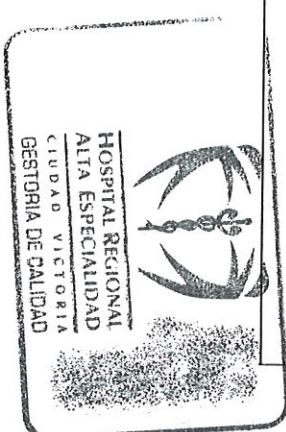
11. ¿QUE OPINA DEL TIEMPO DE ESPERA EN SER ATENDIDOS?		%
BUEN TIEMPO	22	73.33
RAZONABLE	6	20
TARDADO	2	6.67
EXCESIVO	0	0
NO CONTESTO	0	0
TOTAL	30	100

LA INFORMACION QUE LE PROPORCIONO EL MEDICO ¿COMO LA CONSIDERA USTED?		%
MUY CLARA	28	93.33
CLARA	2	6.67
CONFUSA	0	0
NO RECIVIO INFORMACION	0	0
NO CONTESTO	0	0
TOTAL	30	100



NOMBRE Y FIRMA DE AVAL CIUDADANO

[Handwritten signature]





INSTITUCIÓN: SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPIO: VICTORIA

TIPO DE UNIDAD: 3ER. NIVEL

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

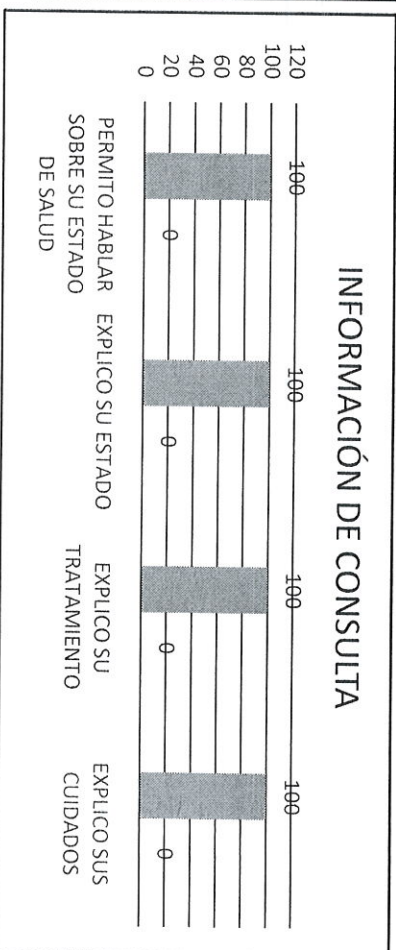
CLAVE DE UNIDAD: JSSSA018292

FECHA DE ELABORACION: 31/MARZO/2017

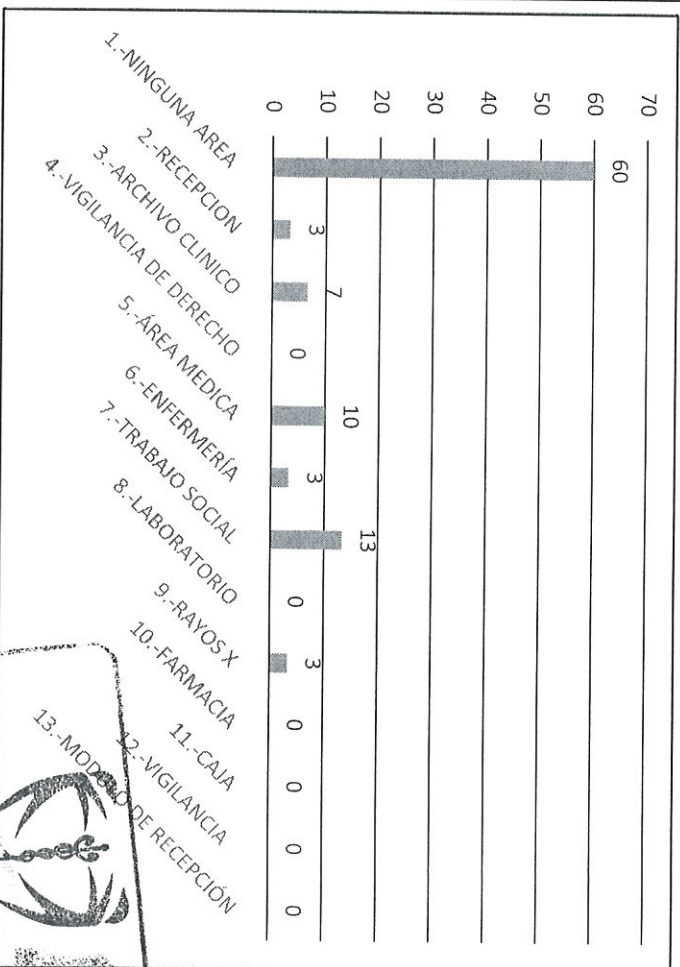
HOJA: 3/3



INFORMACION DE CONSULTA	SI	NO	TOTAL	% SI	% NO
PERMITO HABLAR SOBRE SU ESTADO DE SALUD	30	0	30	100	0
EXPLICO SU ESTADO	30	0	30	100	0
EXPLICO SU TRATAMIENTO	30	0	30	100	0
EXPLICO SUS CUIDADOS	30	0	30	100	0



EN QUE AREA DEL SERVICIO EL PERSONAL LE DIO MAL SERVICIO	%
1.-NINGUNA AREA	60
2.-RECEPCION	3
3.-ARCHIVO CLINICO	7
4.-VIGILANCIA DE DERECHO	0
5.-ÁREA MEDICA	10
6.-ENFERMERÍA	3
7.-TRABAJO SOCIAL	13
8.-LABORATORIO	0
9.-RAYOS X	3
10.-FARMACIA	0
11.-CAJA	0
12.-VIGILANCIA	0
13.-MODULO DE RECEPCIÓN	0
TOTAL	100



NOMBRE Y FIRMA DE AVAL CIUDADANO



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
CIUDAD VICTORIA
GESTORÍA DE CALIDAD