

4. DIFUSIÓN DE RESULTADOS DE MONITOREO

✓ = CORRECTA

X = INCORRECTA

4.1 PREGUNTE A 5 INTEGRANTES DEL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD MÉDICA.	1	2	3	4	5	Total de encuestados	% de respuestas correctas
4.1.1 ¿Podría mencionar el resultado de 3 Indicadores que evalúa SICALIDAD de Trato Digno del último bimestre?	X	X	X	#	X	5	20
4.1.2 ¿Podría mencionar 3 de los Derechos Generales de los Pacientes?	X	✓	X	#	✓	3	33

100

4.2 PREGUNTE A 5 USUARIOS DE LA UNIDAD MÉDICA

4.2 PREGUNTE A 5 USUARIOS DE LA UNIDAD MÉDICA	1	2	3	4	5	Total de encuestados	% de respuestas correctas
4.2.1 ¿Le han informado en esta unidad, cuáles son los aspectos de Trato Digno que se están evaluando?	X	X	X	X		4	0
4.2.2 ¿Puede mencionar 3 Derechos Generales de los Pacientes?	X	X	X	X		4	0

70

5.6 SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS PARA MEJORAR EL TRATO DIGNO

EDAD	SEXO	SEGURO POPULAR		¿Qué es lo que... SI le gusta ...	NO le gusta ...	Sugiere para mejorar
40	M F	SI	NO			
30	✓	✓		La atención de la Trabajadora Social		
18	✓		✓	La atención del médico		
28	✓		✓	La atención del médico		
30	✓		✓	La atención del médico		
0						

6.- ÍNDICE DE INTEGRIDAD, LIMPIEZA Y COMODIDAD. Califique de acuerdo con la siguiente escala: 1. Malo --> 3 Regular --> 5. Bueno

	DESCRIPCIÓN	SALA DE ESPERA	SANITARIOS	CONSULTORIOS	HOSPITALIZACIÓN	TOTAL
A. INTEGRIDAD	Superficies y pintura	5	5	5		
	Instalaciones	5	5	5		
B. COMODIDAD	Acceso al público	3	3	3		
	Ventilación	3	3	3		
	Iluminación	5	5	5		
	Privacidad	3	5	5		
	Señalización	5	3	5		
C. LIMPIEZA	Limpieza y orden	5	3	5		
TOTAL						

7.- OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA:

Realizar investigaciones que permitan establecer las causas o motivos del mal trato a los pacientes, en especial en los servicios de Recepción, Área médica y Enfermería, con objeto de realizar acciones e intervenciones basadas en evidencia.

Establecer y aplicar criterios de evaluación que permitan conocer la aptitud del personal de vigilancia para desempeñarse e interrelacionarse adecuadamente en ámbitos hospitalarios, especialmente pediátricos.

FECHA DE ENTREGA DE LA CARTA COMPROMISO

_____/_____/_____
DÍA / MES / AÑO

Nombre y firma del Aval Ciudadano
responsable del levantamiento de los datos

Nombre y firma del responsable de la unidad médica