



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Cuestionario de Satisfacción de Cirugía Mayor Ambulatoria

Este cuestionario es anónimo, le rogamos responda con sinceridad. Para contestar, marque así una sola casilla por pregunta.

Fecha:

...../...../.....

La persona que contesta el cuestionario es:

- El/La paciente Mujer
 Un/a acompañante Hombre

La edad, en años, de la persona que contesta:

- menos de 14 de 46 a 65
 de 15 a 29 más de 65
 de 30 a 45

Código de Área 02024	HOSPITAL MATERNO-INFANTIL REINA SOFÍA	Código de Centro 10178
A rellenar por el personal del hospital		
<input type="checkbox"/> Angiología y Cirugía Vascular	<input type="checkbox"/> Medicina Interna	
<input type="checkbox"/> Cirugía Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Oftalmología	
<input type="checkbox"/> Cirugía General y Digestiva	<input type="checkbox"/> Oncología Médica	
<input type="checkbox"/> Cirugía Oral y Maxilofacial	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringología	
<input type="checkbox"/> Cirugía Ortopédica y Traumatología	<input type="checkbox"/> Unidad de Traumatología Infantil	
<input type="checkbox"/> Cirugía Pediátrica	<input type="checkbox"/> Urología	
<input type="checkbox"/> Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	<input type="checkbox"/> Otro Servicio:
<input type="checkbox"/> Dermatología M.Q. y Venereología		
<input type="checkbox"/> Ginecología		

	Muy buena	Buena	Ni buena ni mala	Mala	Muy Mala
En general, ¿cómo calificaría usted la atención sanitaria recibida en este servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tuviera que recomendar un hospital a un familiar o amigo, diría usted que éste es...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué le parece el confort de la sala de tratamiento (mobiliario, temperatura, aseos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo calificaría usted la limpieza ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué le parece a usted la comida que le han proporcionado en este servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo considera usted el régimen de acompañamiento a los pacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La información sanitaria que le han dado en este servicio ha sido...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La identificación de los profesionales (tarjetas con nombre y profesión) la considera...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo valoraría la actitud o disposición del personal para atenderle cuando lo ha necesitado?					
1. Médicos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Enfermeros/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Auxiliares de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Personal no sanitario (administrativos, celadores, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
¿Cómo de acuerdo está con los siguientes aspectos de los profesionales que le han atendido?					
1. Me tratan con cortesía y respeto, se presentan al inicio de la consulta, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me escuchan cuando les explico mis problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entiendo cuando me explican las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me atienden con la suficiente intimidad, de manera reservada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me solucionan los problemas de salud que les planteo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Confío en lo que me dicen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Son buenos profesionales	<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 servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria?: