

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

**Cuestionario para usuarios de los servicios de hospitalización y cirugía en hospitales de  
segundo y tercer nivel**

[folio] Folio: |\_\_|\_|\_|\_|\_| [deleg] Delegación: \_\_\_\_\_ |\_\_|\_|

[unidmed] Nombre de la unidad médica: \_\_\_\_\_

[id\_unid] Número de identificación de la clínica (de acuerdo con la muestra): |\_\_|\_|\_|\_|\_|

[fecha] Fecha: |\_\_|\_|\_|-|\_\_|\_|\_|- 19 [hr\_ini] Hora de inicio: |\_\_|\_|:|\_\_|\_|\_| [hr\_fin] Hora de término: |\_\_|\_|:|\_\_|\_|\_|  
(día) (mes) - (año) (formato 24 horas) (formato 24 horas)

[nom\_sup] Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_ Clave [cve\_sup]: |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

[nom\_enc] Nombre de la persona encuestador: \_\_\_\_\_ Clave [cve\_enc]: |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Lugar de aplicación de la encuesta [lugaraplic]: |\_\_|\_|\_| 01 Exterior de la Unidad Médica 02 Interior de la Unidad Médica

**Buenos días/tardes/noches, mi nombre es \_\_\_\_\_ y trabajo para \_\_\_\_\_. El día de hoy estamos invitando a participar en una encuesta a personas que, como usted, recibieron o solicitaron atención en el servicio de hospitalización de esta unidad médica, por lo que le pediría unos minutos de su tiempo para conocer su opinión sobre los servicios que le proporcionaron. La información que nos comparta será confidencial, y será utilizada sólo con fines estadísticos, ningún resultado del estudio hará referencia a personas en particular. Su participación nos permitirá contar con información valiosa para conocer la calidad de los servicios de salud que otorga el Instituto. ¿Le gustaría participar?**

**Encuestador: Si la persona encuestada fue dada de alta del servicio de hospitalización el día de hoy, pero se niega a contestar la encuesta o la interrumpe, llene el formato de no respuesta.**

Estado de la República de residencia [edoproc]: \_\_\_\_\_ |\_\_|\_|\_|

Unidad de Medicina Familiar (Clínica) de procedencia [id\_unidproc]: \_\_\_\_\_ |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
9888 Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

Tipo de paciente [tipopac]: |\_\_|\_|\_| 01 Mayor de edad 02 Menor de 18 años 03 Persona con alguna limitación mental

<b>SECCIÓN I. DATOS DE LA PERSONA ENCUESTADA O DEL INFORMANTE</b>			
[edad]	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? <b>ENCUESTADOR: Si la persona encuestada no declara su edad, registre la edad aproximada.</b>	Edad: _____	__ _ _
[sexo]	Sexo <b>ENCUESTADOR: Indique el sexo del entrevistado, sin preguntarle.</b>	01 Mujer 02 Hombre	__ _ _
[escolar]	¿Cuál es su último grado de estudios?	01 Ninguno 02 Primaria incompleta 03 Primaria completa 04 Secundaria incompleta 05 Secundaria completa 06 Preparatoria, bachillerato o carrera técnica incompleta 07 Preparatoria, bachillerato o carrera técnica completa 08 Universidad incompleta 09 Universidad completa o más 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	__ _ _

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

<b>SECCIÓN I. DATOS DE LA PERSONA ENCUESTADA O DEL INFORMANTE</b>			
[ocupa1]	¿Cuál es su principal ocupación?  <i>Encuestador: Espere la respuesta ESPONTÁNEA del entrevistado y marque sólo la primera mención.</i>	01 Trabajador por cuenta propia 02 Sector privado (no maestro) 03 Sector agropecuario 04 Obrero 05 Actividades de su hogar 06 Estudiante 07 Maestro 08 Desempleado 09 Pensionado o jubilado 10 Sector público (no maestro) 11 Trabajadora doméstica 998 Otro (ESPECIFIQUE): _____ 999 NO SABE/NO RESPONDE	_ _
[identif_enc]	¿Fue usted la persona que estuvo hospitalizada?	01 Sí 02 No	_ _
[parent_pacm]	¿Qué parentesco tiene con la persona a la que acompaña el día de hoy?  <i>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada y registre la primera mención.</i>	01 Madre o padre 02 Hija o hijo 03 Hermana o hermano 04 Prima(o), tía(o) 05 Amigo(a) 06 Esposo(a)/concubino(a)/pareja 07 Nieto(a) 98 Otro (ESPECIFIQUE): _____ 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _
[sexo_pacm]	Sexo del paciente  <i>ENCUESTADOR: Indique el sexo del paciente, sin preguntarle.</i>	01 Mujer 02 Hombre	_ _
[edad_pacm]	¿Cuántos años cumplidos tiene la persona a la que acompaña?  <i>ENCUESTADOR: Cuando se trate de niños o niñas con meses de edad, se debe registrar la respuesta como 0 años.</i>	Edad: _____	_ _
[escolar2]	¿Cuál es el último grado de estudios del(a) paciente?	01 Ninguno 02 Primaria incompleta 03 Primaria completa 04 Secundaria incompleta 05 Secundaria completa 06 Preparatoria, bachillerato o carrera técnica incompleta 07 Preparatoria, bachillerato o carrera técnica completa 08 Universidad incompleta 09 Universidad completa o más 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

**ENCUESTADOR: Si el paciente es menor de 18 años pase a [tipodhu]**

[ocupa2]	¿Cuál es la principal ocupación del paciente?  <i>Encuestador: Espere la respuesta ESPONTÁNEA del entrevistado y marque sólo la primera mención.</i>	01 Trabajador por cuenta propia 02 Sector privado (no maestro) 03 Sector agropecuario 04 Obrero 05 Actividades de su hogar 06 Estudiante 07 Maestro 08 Desempleado 09 Pensionado o jubilado 10 Sector público (no maestro) 11 Trabajadora doméstica 998 Otro (ESPECIFIQUE): _____ 999 NO SABE/NO RESPONDE	_ _
[tipodhu]	<b>Paciente de 18 años o más</b> ¿Cuál es la razón por la que es usted derechohabiente del IMSS?  <b>Paciente menor de 18 años o alguna limitación mental</b> ¿Cuál es la razón por la que el paciente es derechohabiente del IMSS?	01 Es una prestación de su trabajo 02 Es pensionado/jubilado 03 Es estudiante y la escuela lo aseguró 04 Contrató el seguro por su cuenta 05 Un familiar es trabajador y le aseguró 06 Un familiar es pensionado/jubilado y le aseguró 97 No aplica, no es derechohabiente 98 Otro (ESPECIFIQUE): _____ 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _

**Preguntas para pacientes de 18 años o más**  
[discap] De manera permanente, ¿usted tiene dificultad para...

	Sí	No	NS/ NR*	
a) caminar, moverse, subir o bajar escaleras?	01	02	99	_ _
b) ver, aun usando lentes?	01	02	99	_ _
c) hablar, comunicarse o conversar?	01	02	99	_ _
d) oír, aun usando aparato auditivo?	01	02	99	_ _
e) vestirse, bañarse o comer?	01	02	99	_ _
f) poner atención o aprender cosas sencillas?	01	02	99	_ _

**Preguntas para paciente menor de 18 años o alguna limitación mental**  
[discap] De manera permanente, ¿el paciente tiene dificultad para...

	Sí	No	No aplica	NS/ NR*	
a) caminar, moverse, subir o bajar escaleras?	01	02	97	99	_ _
b) ver, aun usando lentes?	01	02	97	99	_ _
c) hablar, comunicarse o conversar?	01	02	97	99	_ _
d) oír, aun usando aparato auditivo?	01	02	97	99	_ _
e) vestirse, bañarse o comer?	01	02	97	99	_ _
f) poner atención o aprender cosas sencillas?	01	02	97	99	_ _

\* No sabe/No responde

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

**Encuestador: Aplique las siguientes preguntas sólo a usuarios de 20 años o más. Si el encuestado es acompañante de un paciente de 20 años o más con una limitación mental, aplique las preguntas refiriéndose al paciente.**

**Si el paciente es menor de 20 años, pase a P1**

[fig_corp]	De estas figuras corporales, ¿qué silueta corporal considera que se parece a usted en este momento?  <b>ENCUESTADOR: Mostrar al encuestado la tarjeta con las figuras corporales de acuerdo con el sexo de la persona que recibió la atención</b>	Figura ____  99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _ _
[act_fis]	Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó usted alguna actividad física moderada o vigorosa,	___ Días por semana de actividad física moderada ___ Días por semana de actividad física vigorosa <b>97 No realiza ninguna actividad moderada o vigorosa</b> <b>99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</b>	<b>PASE A [fuma100]</b>  _ _ _
[tmp_actfis]	¿Cuánto tiempo le tomó realizar esas actividades?	___ horas ___ minutos por día de actividad física moderada ___ horas ___ minutos por día de actividad física vigorosa 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _ _
[fuma100]	¿Ha fumado usted por lo menos 100 cigarros (5 cajetillas) de tabaco durante toda su vida?	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _ _
[fuma_act]	Usted, ¿fuma actualmente?	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _ _
[frec_alcohol]	Piense en su consumo total de alcohol. Usualmente, ¿con qué frecuencia toma usted cualquier tipo de bebida que contenga alcohol?	01 Tres o más veces al día 02 Dos veces al día 03 Una vez al día 04 Casi todos los días (5-6 veces por semana) 05 Tres o cuatro veces a la semana 06 Una o dos veces a la semana 07 Dos o tres veces al mes 08 Aproximadamente una vez al mes 09 De siete a once veces al año 10 De tres a seis veces al año 11 Dos veces al año 12 Una vez al año <b>13 Actualmente no toma</b> <b>99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</b>	<b>PASE A [estres]</b>  _ _ _
[exc_alcohol]	<b>Si la persona entrevistada es hombre, preguntar:</b> ¿Con qué frecuencia toma o ha tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?  <b>Si la persona entrevistada es mujer, preguntar:</b> ¿Con qué frecuencia toma o ha tomado 4 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	01 A diario 02 Casi diario (5 a 6 veces por semana) 03 3 a 4 veces a la semana 04 1 a 2 veces por semana 05 2 a 3 veces al mes 06 Una vez al mes 07 7 a 11 veces al año 08 3 a 6 veces al año 09 2 veces al año 10 Una vez al año 11 Menos de una vez al año 96 Nunca (ESPONTÁNEA) 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _ _
[estres]	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso(a) o estresado(a)?	01 Muy a menudo 02 A menudo 03 De vez en cuando 04 Casi nunca 05 Nunca 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _ _

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

**ENCUESTADOR:** Si el informante no es la persona que recibió la atención médica (es acompañante de un paciente menor de 18 años o con alguna limitación mental), aplique las siguientes preguntas haciendo referencia a la atención que el paciente recibió.

<b>SECCIÓN II. MOTIVO DE LA ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN GENERAL</b>			
[sat1] <b>P1.</b>	En general, ¿qué tan satisfecho(a) o insatisfecho(a) está con la atención médica que recibe en el IMSS?	01 Muy satisfecho(a) 02 Satisfecho(a) 03 <i>Ni satisfecho(a) ni insatisfecho(a) (ESPONTÁNEA)</i> 04 Insatisfecho(a) 05 Muy insatisfecho(a) 99 <i>NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</i>	_ _
[sat3] <b>P2.</b>	En general, ¿qué tan satisfecho(a) o insatisfecho(a) está con la atención que recibió en este hospital?	01 <b>Muy satisfecho(a)</b> 02 <b>Satisfecho(a)</b> → <b>PASE A P4</b> 03 <i>Ni satisfecho(a) ni insatisfecho(a) (ESPONTÁNEA)</i> 04 Insatisfecho(a) 05 <i>Muy insatisfecho(a)</i> 99 <b>NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</b> → <b>PASE A P4</b>	_ _
[sat3_mot] <b>P3.</b>	¿Por qué razón o motivo?  <b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada y codifique hasta 3 respuestas en el orden de mención.</b>	01 Mal trato 02 Instalaciones inadecuadas 03 Falta de medicamentos 04 Mal servicio en farmacia 05 Mal servicio en laboratorio 06 Mal servicio en archivo 07 Mal servicio de ambulancias 08 Los tiempos de espera para consulta 09 Los tiempos de espera para obtener citas 10 Los tiempos de espera para trámites 11 Los tiempos de espera para resultados de estudios 12 La falta de personal/médicos/especialistas 13 La limpieza en general de la unidad 14 Mala calidad en el servicio de urgencias 15 Mala atención médica 16 No explican bien los médicos 17 Falta de organización 18 Negligencia médica 19 Porque el personal médico no me revisaba en privado 996 <i>Otro1 (ESPECIFIQUE):</i> _____ 997 <i>Otro2 (ESPECIFIQUE):</i> _____ 998 <i>Otro3 (ESPECIFIQUE):</i> _____ 999 <i>NO SABE/NO RESPONDE</i>	1ª mención  _ _ _   2ª mención  _ _ _   3ª mención  _ _ _
[servatn1] <b>P4.</b>	Durante su estancia hospitalaria, ¿qué servicios o especialidades utilizó?  <b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada y registre hasta 3 respuestas en el orden de mención.</b>	01 Cirugía 02 Medicina interna 03 Ginecología 04 Pediatría 06 Urgencias 07 Cardiología 08 Endocrinología 09 Traumatología y/u ortopedia 10 Anestesiología 11 Terapia intensiva (medicina crítica) 13 Oftalmología 14 Oncología 15 Geriatría 16 Radiología 17 Neurología 18 Farmacia 19 Laboratorio 20 Archivo/Vigencia 996 <i>Otro1 (ESPECIFIQUE):</i> _____ 997 <i>Otro2 (ESPECIFIQUE):</i> _____ 998 <i>Otro3 (ESPECIFIQUE):</i> _____ 999 <i>NO SABE/NO RESPONDE</i>	1ª mención  _ _ _   2ª mención  _ _ _   3ª mención  _ _ _

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

<p>[probsal] <b>P5.</b></p>	<p>Podría decirme, ¿cuál fue el motivo o problema de salud por el que buscó atención en este hospital?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada y marque hasta 3 opciones respetando el orden de la mención.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>01 Infecciones respiratorias</li> <li>02 Neumonía o bronconeumonía</li> <li>03 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema)</li> <li>04 Tos, catarro, dolor de garganta</li> <li>05 Tuberculosis</li> <li>06 Infección de oído</li> <li>07 Conjuntivitis</li> <li>08 Asma</li> <li>09 Alergias</li> <li>10 Enfermedades del corazón</li> <li>11 Fiebre reumática</li> <li>12 Diabetes</li> <li>13 Hipertensión arterial</li> <li>14 Embolia o derrame cerebral</li> <li>15 Obesidad</li> <li>16 Artritis</li> <li>17 Diarrea</li> <li>18 Gastritis o úlcera gástrica</li> <li>19 Colitis o parasitosis intestinal</li> <li>20 Hepatitis</li> <li>21 Enfermedades renales</li> <li>22 Infecciones de vías urinarias</li> <li>23 Enfermedad exantemática (varicela, rubéola, escarlatina)</li> <li>24 Infección de transmisión sexual</li> <li>25 VIH/SIDA</li> <li>26 Paludismo o dengue</li> <li>27 Intoxicación por veneno de alacrán, serpiente o araña</li> <li>28 Alcoholismo</li> <li>29 Tabaquismo</li> <li>30 Padecimientos generados por consumo de drogas</li> <li>31 Lesión física por accidente</li> <li>32 Lesión física por agresión</li> <li>33 Pérdida de la memoria</li> <li>34 Estrés</li> <li>35 Depresión o ansiedad</li> <li>36 Problemas de la piel</li> <li>37 Enfermedad bucodental</li> <li>38 Dolor de cabeza o cefalea sin otra manifestación</li> <li>39 Dolor de espalda, dolor de cuello o dolor de hombro</li> <li>40 Fiebre sin otra manifestación</li> <li>42 Embarazo</li> <li>43 Cáncer o tumores de mama</li> <li>44 Cáncer o tumores de próstata</li> <li>45 Problemas con la visión</li> <li>46 Parto/Cesárea o seguimiento post parto o cesárea (Puerperio)</li> <li>47 Problemas de la columna y espalda (Dorsopatías)</li> <li>48 Enfermedades de la piel (dermatitis, infecciones, etc.)</li> <li>49 Insuficiencia renal</li> <li>50 Hernias</li> <li>51 Enfermedades de la glándula tiroides</li> <li>52 Problemas de la próstata</li> <li>53 Piedras (colecistitis) en la vesícula o problemas inflamatorios (colecistitis)</li> <li>54 Problemas de cadera</li> <li>55 Vejiga caída</li> <li>56 Cáncer cérvico uterino</li> <li>996 Otro1 (ESPECIFIQUE): _____</li> <li>997 Otro2 (ESPECIFIQUE): _____</li> <li>998 Otro3 (ESPECIFIQUE): _____</li> <li>999 NO SABE/NO RESPONDE</li> </ol>	<p align="center">1ª mención (motivo principal)</p> <p align="center"> _ _ _ _ </p> <p align="center">2ª mención</p> <p align="center"> _ _ _ _ </p> <p align="center">3ª mención</p> <p align="center"> _ _ _ _ </p>
---------------------------------	--	--	---

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

SECCIÓN III. TRATO DEL PERSONAL			
[btratou] P6.	En general, ¿cómo calificaría el trato que recibió en este hospital?	<b>01 Excelente</b> <b>02 Bueno</b> → PASE A P8. 03 Regular (ESPONTÁNEA) 04 Malo 05 Pésimo <b>99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</b> → PASE A P8.	_ _
[btratou_mot] P7.	¿Por qué razón o motivo considera que le brindaron un trato (mencionar la respuesta registrada en <i>btratou</i> )?  <b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada y registre hasta 3 respuestas en el orden de mención</b>	01 No le saludaron 02 Le hablaron de manera grosera o prepotente 03 No le pusieron atención mientras les hablaba 04 No le proporcionaron el servicio que usted requería 05 No le dieron sus medicamentos 06 No entendieron su lengua 07 Se sintió discriminado o menospreciado 08 El personal no está en su lugar 996 Otro1 (ESPECIFIQUE): _____ 997 Otro2 (ESPECIFIQUE): _____ 998 Otro3 (ESPECIFIQUE): _____ 999 NO SABE/NO RESPONDE	1ª mención  _ _ _  2ª mención  _ _ _  3ª mención  _ _ _

[calfatna] P8– P19. Durante su estancia hospitalaria, ¿tuvo contacto con...?	[calfatnb] P8a – P19a. En una escala del 1 al 10, donde 1 es Pésimo y 10 Excelente, ¿Cómo calificaría el trato que le brindó...de esta unidad? <b>ENCUESTADOR: Si la persona encuestada tuvo contacto con el personal citado de la P8 – P19 pregunte P8a – P19a.</b>																				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td align="center">Sí</td> <td align="center">No</td> <td align="center">NS/ NR*</td> <td></td> </tr> </table>		Sí	No	NS/ NR*																	
	Sí	No	NS/ NR*																		
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NR*					
P8. las o los médicos	01	02	99	_ _	P8a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _				
P9. las o las enfermeras(os)	01	02	99	_ _	P9a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _				
P10. la o las asistentes médicas	01	02	99	_ _	P10a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _				
P11. el personal de laboratorio	01	02	99	_ _	P11a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _				
P12. el personal de rayos X	01	02	99	_ _	P12a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _				
P13. el personal de farmacia	01	02	99	_ _	P13a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _				
P14. el personal de trabajo social	01	02	99	_ _	P14a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _				
P15. el personal de vigilancia	01	02	99	_ _	P15a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _				
P16. el personal de limpieza	01	02	99	_ _	P16a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _				
P17. el personal de archivo clínico	01	02	99	_ _	P17a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _				
P18. el personal de nutrición	01	02	99	_ _	P18a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _				
P19. los camilleros	01	02	99	_ _	P19a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _				

\* No sabe/No responde

P20. a P25. Durante su estancia en este hospital, en general, el personal que le atendió...			
[saludar] P20.	le saludó mirándolo a los ojos?	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _
[escuchar] P21.	le escuchó con atención y sin interrupciones?	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _
[responder] P22.	le respondió de forma clara ante la(s) solicitud(es) que usted realizó?	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _
[permproced] P23.	le pidió permiso y le explicó antes de realizarle algún procedimiento?	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

[comincom] P24.	utilizó frases o palabras que le hicieran sentir incómodo(a) o humillado(a)?	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	→ Pase a P26.	_ _ _
--------------------	--	---	---------------	-------

[comincom_mot] P25.	¿Qué frase o palabras le dijeron?  <b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada y registre sólo la primera mención</b>	01 Que no cuido mi salud/No acudo al médico 02 Que no tenía nada con actitud grosera 03 Groserías 998 Otro (ESPECIFIQUE): _____ 999 NO SABE/NO RESPONDE		_ _ _
------------------------	---	---	--	-------

**SECCIÓN IV. PROCESO DE INGRESO DEL PACIENTE AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

[fechahosp] P26.	Me podría decir, ¿en qué fecha ingresó al servicio de hospitalización?	___ día (dd) ___ mes (mm) ___ año(aaaa)  99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	Día  _ _  Mes  _ _  Año  _ _ _
---------------------	--	--	---

[med_hosp] P27.	¿A través de qué servicio o medio ingresó al servicio de hospitalización?	01 El médico tratante decidió internarme 02 Cirugía programada 03 Ingresó a través del servicio de urgencias 04 Lo(a) trasladaron de otros establecimiento médico IMSS 05 Lo(a) trasladaron de otro establecimiento médico NO IMSS 998 Otro(Especifique) _____ 999 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _ _
--------------------	---	---	-------

[tcama] P28.	¿Cuánto tiempo transcurrió desde que llegó a la unidad médica hasta que le asignaron una cama en el piso de hospitalización?  <b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada</b>	_____ horas _____ minutos  <b>Encuestador: si la persona encuestada responde en una escala diferente a sólo minutos, anotar y hacer la conversión posteriormente</b> _____ horas _____ minutos _____ días  97 No aplica (no esperó nada) 99 NO SABE/NO RESPONDE	→ PASE A P30.	_ _ _
-----------------	---	--	---------------	-------

[tiengahos] P29.	¿Cómo considera que fue este tiempo?	01 Muy corto 02 Corto 03 Normal (ESPONTÁNEA) 04 Largo 05 Muy largo 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _
---------------------	--------------------------------------	---	-----

**SECCIÓN V. ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

[present med] P30.	¿El personal médico se presentó con usted la primera vez que le atendió?	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _
-----------------------	--	---	-----

[frec_med] P31.	Una vez que estuvo en su cama de hospitalización, ¿en promedio, cuántas veces en 24 horas le realizaron una exploración?	_____ veces al día 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _
--------------------	--	---	-----

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

[infoenferm] <b>P32.</b>	Al estar hospitalizado ¿su médico(a) tratante le dijo claramente cuál era su estado de salud o padecimiento actual?	01 Sí 02 No 97 <i>No aplica (ya le habían comentado anteriormente su estado o padecimiento actual)</i> 99 <i>NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</i>	_ _ _
[info_medichosp] <b>P33.</b>	¿El personal médico le informó sobre los medicamentos que le administrarían durante su hospitalización y los posibles efectos secundarios?	01 Sí 02 No 99 <i>NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</i>	_ _ _
[info_saladhosp] <b>P34.</b>	Durante su estancia en el hospital, ¿en promedio cuántas veces en 24 horas le proporcionaron información a sus familiares acerca de la evolución de su estado de salud?  <b>ENCUESTADOR: Solicite a la persona encuestada apoyarse de sus familiares para responder esta pregunta</b>	_____ veces al día  <b>97 No les proporcionaron información</b> <b>99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</b> → <b>PASE A P37.</b>	_ _ _
[sufinfo] <b>P35.</b>	¿Cómo considera que fue la información que recibieron sus familiares?  <b>ENCUESTADOR: Solicite a la persona encuestada apoyarse de sus familiares para responder esta pregunta</b>	01 Suficiente 02 <i>Ni suficiente ni insuficiente (ESPONTÁNEA)</i> 03 Insuficiente 99 <i>NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</i>	_ _ _
[info_clarahosp] <b>P36.</b>	¿Qué tan clara o confusa considera que fue la información que le proporcionaron a sus familiares acerca de la evolución de su estado de salud?  <b>ENCUESTADOR: Solicite a la persona encuestada apoyarse de sus familiares para responder esta pregunta</b>	01 Muy clara 02 Clara 04 <i>Ni clara ni confusa (ESPONTÁNEA)</i> 05 Confusa 06 Muy confusa 99 <i>NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</i>	_ _ _
[comcirec] <b>P37.</b>	En esta ocasión, ¿ingresó al servicio de hospitalización por complicaciones de una cirugía reciente?	01 Sí 02 No 99 <i>NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</i>	_ _ _
[filtrocir] <b>P38.</b>	Durante esta hospitalización, ¿le realizaron alguna cirugía?	01 Sí <b>02 No</b> <b>99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</b> → <b>PASE A P57.</b>	_ _ _
[numciru] <b>P39.</b>	¿Cuántas cirugías le realizaron durante su estancia hospitalaria?	_____ Número <b>99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</b> → <b>PASE A P41.</b>	_ _ _

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

<p>[fechaciru] <b>P40.</b></p>	<p>¿En qué fecha(s) le operaron?</p>	<p>Operación 1 ___ día (dd) ___ mes (mm) ___ año(aaaa)</p> <p>Operación 2 ___ día (dd) ___ mes (mm) ___ año(aaaa)</p> <p>Operación 3 ___ día (dd) ___ mes (mm) ___ año(aaaa)</p> <p><b>99 NO SABE/NO RESPONDE</b></p>	<p><b>Operación 1</b> Día  _ _  Mes  _ _  Año  _ _ _ _ </p> <p><b>Operación 2</b> Día  _ _  Mes  _ _  Año  _ _ _ _ </p> <p><b>Operación 3</b> Día  _ _  Mes  _ _  Año  _ _ _ _ </p>
<p>[progciru] <b>P41.</b></p>	<p>¿En dónde se programó la realización de su cirugía?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Si el paciente tuvo más de 1 cirugía, referirse a la primera cirugía.</b></p>	<p>01 Consulta externa de otro hospital 02 Consulta externa del mismo hospital 03 Servicio de urgencias o admisión continua 04 Durante su hospitalización 998 Otro (ESPECIFIQUE): _____ (ESPON.) 999 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p>[topera] <b>P42.</b></p>	<p>¿Cuántos días pasaron desde que el médico le dijo por primera vez que tenía que operarse hasta que le operaron?</p>	<p>_____ días</p> <p><b>Encuestador: si la persona encuestada responde en una escala diferente a días, anotar y hacer la conversión posteriormente</b></p> <p>_____ días _____ semanas completas _____ meses completos</p> <p><b>96 Ninguno, me operaron el mismo día</b> → PASE A P47. <b>99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</b></p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p>[fechaop] <b>P43.</b></p>	<p>¿La operación se realizó en la fecha programada?</p>	<p><b>01 Sí</b> → PASE A P47. 02 No <b>99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</b> → PASE A P47.</p>	<p> _ _ _ _ </p>
<p>[suspop1] <b>P44.</b></p>	<p>¿Cuántas veces le suspendieron la operación?</p>	<p>01 1 vez 02 2 veces 03 3 veces o más <b>04 No la suspendieron, la adelantaron</b> → PASE A P47. 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</p>	<p> _ _ _ _ </p>

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

<p>[suspop3] <b>P45.</b></p>	<p>¿Por qué motivo no se realizó la operación en la fecha programada?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada</b></p>	<p>01 A petición suya 02 Por su estado de salud 03 Por falta de material 04 Por falta de médicos 05 Por falta de quirófanos 06 Había una urgencia 07 Por no contar con disponibilidad de camas 08 Por caducidad de estudios de laboratorio 09 Alteraciones en mis estudios 10 Por falta de valoraciones 11 No me presenté 998 <i>Otro (ESPECIFIQUE):</i> _____ 999 <b>NO SABE/NO RESPONDE</b></p>	<p align="right"> _ _ _ _ </p>
<p>[suspop4] <b>P46.</b></p>	<p>Después de la fecha programada, ¿cuántos días pasaron para que le operaran?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada</b></p>	<p>Días _____</p> <p><b>Encuestador: si la persona encuestada responde en una escala diferente a días, anotar y hacer la conversión posteriormente</b></p> <p>_____ días _____ semanas completas _____ meses completos</p> <p>999 <b>NO SABE/NO RESPONDE</b></p>	<p align="right"> _ _ _ _ </p>
<p>[motoper] <b>P47.</b></p>	<p>¿De qué le operaron?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada</b></p>	<p>01 Cesárea 02 Piel y tejido subcutáneo 03 Vesícula 04 Útero (matriz) 05 Hernia 06 Fractura o luxación 07 Trompas de Falopio 08 Apéndice 09 Ojo(s) 10 Otras operaciones sobre la región abdominal 11 Mama 12 Nariz 13 Injerto de hueso 14 Articulación 15 Sustitución y extracción de dispositivos terapéuticos 16 Varices 17 Músculo, tendón, fascia y bolsa sinovial 18 "Anginas" (amígdalas y adenoides) 19 Vejiga urinaria 20 Próstata 21 Del cerebro o meninges 22 Del corazón 23 Amputación 24 Cáncer de mama 25 Cáncer de próstata 26 Colocación de catéter para diálisis 27 Pulmón 28 Columna vertebral 29 Método quirúrgico de anticoncepción 998 <i>Otra cirugía (ESPECIFIQUE):</i> _____ 999 <b>NO SABE/NO RESPONDE</b></p>	<p align="right"> _ _ _ _ </p>

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

[medciru] <b>P48.</b>	¿El(la) médico(a) cirujano(a), responsable de su cirugía, se presentó antes de la realización de la misma con usted o con algún familiar responsable?  <b>ENCUESTADOR: Si es necesario, la persona encuestada puede apoyarse de sus familiares para responder esta pregunta</b>	01 Sí, solo usted 02 Sí, solo con sus familiares 03 Sí, con ambos 04 No, con ninguno 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _ _
[info_medcir] <b>P49.</b>	Antes de la cirugía, ¿el personal médico le informó sobre el procedimiento que le realizarían, los posibles riesgos y complicaciones de la cirugía?	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _ _
[consinfor] <b>P50.</b>	¿Usted y/o sus familiares firmaron una carta de consentimiento informado antes de la cirugía?	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _ _
[info_saludcir] <b>P51.</b>	Al terminar su cirugía, ¿le proporcionaron información a sus familiares acerca de su estado de salud?  <b>ENCUESTADOR: Solicite a la persona encuestada apoyarse de sus familiares para responder esta pregunta</b>	01 Sí <b>02 No</b> <b>99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</b> → <b>PASE A P53.</b>	_ _ _
[info_claracir] <b>P52.</b>	¿Qué tan clara o confusa fue esa información?  <b>ENCUESTADOR: Solicite a la persona encuestada apoyarse de sus familiares para responder esta pregunta</b>	01 Muy clara 02 Clara 03 Ni clara/Ni confusa (ESPONTÁNEA) 04 Confusa 05 Muy confusa 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _ _
[grad_conf] <b>P53.</b>	En una escala del 1 al 10, donde 1 es “No confío nada” y 10 “Confío mucho”, ¿qué tanto confía usted en la atención médica del servicio de cirugía?	01 1 (NO CONFÍO NADA) 02 2 03 3 04 4 05 5 06 6 07 7 08 8 09 9 10 10 (CONFÍO MUCHO) 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _ _
[calciru] <b>P54.</b>	¿Cómo calificaría la calidad de la atención que le dieron en el servicio de cirugía?	<b>01 Excelente</b> <b>02 Buena</b> → <b>PASE A P56.</b> 03 Regular (ESPONTÁNEA) 04 Mala 05 Pésima <b>99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</b> → <b>PASE A P56.</b>	_ _ _
[motcalifcir] <b>P55.</b>	¿Por qué razón o motivo?  <b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada y registre hasta 3 respuestas en el orden de mención</b>	01 No hay médico(a) 02 Falta de material 03 Carencia o falla del equipamiento 04 Sobredemanda 996 Otro1(ESPECIFIQUE): _____ 997 Otro2 (ESPECIFIQUE): _____ 998 Otro3 (ESPECIFIQUE): _____ 999 NO SABE/NO RESPONDE	1ª mención  _ _ _  2ª mención  _ _ _  3ª mención  _ _ _

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

<p>[exp_instservcir] <b>P56.</b></p>	<p>De acuerdo con su experiencia en este hospital, ¿qué recomendaría para mejorar su servicio de cirugía?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada y registre hasta 3 respuestas en orden de mención</b></p>	<p>01 Mejor trato y/o atención por parte del personal (médicos, especialistas, operativos y vigilancia) 02 Modernizar las instalaciones (espacio para familiares, estacionamiento) 03 Ampliar las instalaciones (espacio para familiares, estacionamiento) 04 Más medicamentos y de mejor calidad 05 Mejorar el servicio de farmacia 06 Ampliar el servicio de farmacia 07 Mejorar el servicio de laboratorio 08 Ampliar el servicio de laboratorio 09 Mejorar el servicio de archivo 10 Ampliar el servicio de archivo 11 Mejorar el servicio de ambulancias 12 Ampliar el servicio de ambulancias 13 Reducir tiempos de espera para ser atendido 14 Reducir tiempos de espera para trámites 15 Reducir tiempos de espera para resultados de estudios 16 Más personal/médicos/especialistas 17 Limpieza en general de la unidad 18 Material y equipo 19 Mantenimiento a instalaciones y equipos 995 NADA, todo está bien 996 Otro1 (ESPECIFIQUE): _____ 997 Otro2 (ESPECIFIQUE): _____ 998 Otro3 (ESPECIFIQUE): _____ 999 NO SABE/NO RESPONDE</p>	<p>1ª mención  _ _ _   2ª mención  _ _ _   3ª mención  _ _ _ </p>
--	--	--	---

<b>SECCIÓN VI. MANEJO DEL DOLOR</b>			
<p>[dolor] <b>P57.</b></p>	<p>Durante su estancia en el hospital, ¿sufrió dolor de algún tipo?</p>	<p>01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA) → <b>PASE A P62.</b></p>	<p> _ _ </p>

**ENCUESTADOR: Si el paciente fue intervenido quirúrgicamente continúe, en caso contrario, pase a la pregunta P59.**

<p>[tiemdolc] <b>P58.</b></p>	<p>El dolor que presentó, ¿fue antes o después de su cirugía?</p>	<p>01 Antes 02 Después 03 Antes y después 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</p>	<p> _ _ </p>
<p>[escdol] <b>P59.</b></p>	<p>En una escala del 1 al 10, donde 1 es dolor leve y 10 es dolor intenso, ¿cuál fue la máxima intensidad de dolor que tuvo?</p>	<p>01 1 (DOLOR LEVE) 02 2 03 3 04 4 05 5 06 6 07 7 08 8 09 9 10 10 (DOLOR INTENSO) 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</p>	<p> _ _ </p>
<p>[med_dolor] <b>P60.</b></p>	<p>¿Le dieron algún medicamento para el dolor en esa ocasión?</p>	<p>01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA) → <b>PASE A P62.</b></p>	<p> _ _ </p>

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

[tmpo_med_dolor] P61.	¿Cuánto tiempo pasó desde que le informó al personal médico o de enfermería sobre su dolor hasta que le dieron el medicamento?  <b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada</b>	_____ minutos  Encuestador: si la persona encuestada responde en una escala diferente a sólo minutos, anotar y hacer la conversión posteriormente _____ horas _____ minutos  99 NO SABE/NO RESPONDE	_ _ _
--------------------------	---	--	-------

**SECCIÓN VII. ALTA Y CUIDADOS**

[indi_casa] P62.	¿El(la) médico(a) le dio a usted o a sus familiares indicaciones para su cuidado y recuperación en casa?  <b>ENCUESTADOR: Si es necesario, la persona encuestada puede apoyarse de sus familiares para responder esta pregunta</b>	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA) → PASE A P65.	_ _
[indimed] P63.	¿A través de qué medio el(a)médico(a) le brindaron a usted o a sus familiares estas indicaciones?  <b>ENCUESTADOR: Si es necesario, la persona encuestada puede apoyarse de sus familiares para responder esta pregunta</b>	01 Verbalmente 02 Por escrito 03 Las 2 anteriores 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _
[med_indi] P64.	¿El(a) médico(a) resolvió sus dudas o las de sus familiares sobre las indicaciones para su cuidado y recuperación?  <b>ENCUESTADOR: Si es necesario, la persona encuestada puede apoyarse de sus familiares para responder esta pregunta</b>	01 Sí 02 No 97 No aplica (no tuvo oportunidad de manifestar sus dudas) 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _
[med_indisal] P65.	A su salida del hospital, ¿el(la) médico(a) le brindó indicaciones con relación a su tratamiento?  <b>ENCUESTADOR: Si es necesario, la persona encuestada puede apoyarse de sus familiares para responder esta pregunta</b>	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA) → PASE A P67.	_ _
[med_indisal2] P66.	¿Entendió estas indicaciones?  <b>ENCUESTADOR: Si es necesario, la persona encuestada puede apoyarse de sus familiares para responder esta pregunta</b>	01 Sí, las entendió todas 02 Entendió algunas 03 No las entendió 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _

**Cambiando de tema...**

**SECCIÓN VIII. CONDICIONES DE LAS INSTALACIONES Y SERVICIOS**

[comida] P67.	¿Cómo calificaría la comida que le proporcionaron durante su estancia en el servicio de hospitalización?	01 Excelente 02 Buena → PASE A P69. 03 Regular (ESPONTÁNEA) 04 Mala 05 Pésima 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA) → PASE A P69.	_ _
------------------	--	--	-----

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

[mot_comida] <b>P68.</b>	¿Por qué razón o motivo?  <b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada</b>	01 La comida era insípida o no tenía sabor 02 La comida estaba salada o tenía mal sabor 03 La comida siempre estaba fría 04 Las raciones eran pequeñas 05 Los menús eran repetitivos o poco variados 996 Otro(ESPECIFIQUE): _____ 999 NO SABE/NO RESPONDE	_ _ _
-----------------------------	---	---	-------

**Por otra parte...**

[prev_caída] <b>P69-P73.</b>	Durante su estancia en el hospital, ¿tuvo o contó con aditamentos de seguridad dispuestos para la prevención de caídas como...	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe/No responde</b>	
<b>P69.</b>	barandales en cama?	01	02	99	_ _
<b>P70.</b>	timbre de ayuda?	01	02	99	_ _
<b>P71.</b>	silla para bañarse?	01	02	99	_ _
<b>P72.</b>	barandales en pasillo?	01	02	99	_ _
<b>P73.</b>	barandales en el baño?	01	02	99	_ _

[caída] <b>P74.</b>	Durante su estancia en el hospital, ¿sufrió alguna caída?	01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	→ <b>PASE A P76.</b>	_ _
[acc_caída] <b>P75.</b>	¿Qué acciones llevó a cabo el personal médico y de enfermería posteriormente a la caída?  <b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada y registre hasta 3 respuestas en el orden de mención</b>	01 Verificaba que siempre estuvieran levantados los barandales. 02 Colocaron el interruptor de timbre a mi alcance 03 Mantenían alguna iluminación nocturna dentro de la sala de hospitalización 04 Colocaron un banco de altura para uso inmediato cerca de mi cama 05 Verificaban que usara sandalias con suela antiderrapante. 06 Colocaron en la regadera una silla 07 Me acercaron aditamentos de ayuda como bastones, andadera, silla de ruedas, entre otros. 08 Evitaban realizarme cambios bruscos de postura y/o incorporarme de forma rápida 09 Me explicaron a mí y a mi familiar o acompañante, el proceso de incorporación desde la posición horizontal. 996 Otro 1 (ESPECIFIQUE): _____ 997 Otro 2 (ESPECIFIQUE): _____ 998 Otro 3 (ESPECIFIQUE): _____ 999 NO SABE/NO RESPONDE	1ª mención  _ _ _   2ª mención  _ _ _   3ª mención  _ _ _	

[calfinmb] <b>P76 – P78</b> En relación con la sala en la que estuvo hospitalizado y en una escala del 1 al 10, donde 1 es Pésimo y 10 Excelente, ¿cómo calificaría (...)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>NS/NR*</b>	
<b>P76.</b> la limpieza del área?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _
<b>P77.</b> la ventilación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _
<b>P78.</b> el espacio?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	_ _
<b>P79 – P83</b> [limp1] En relación con el hospital en general, en una escala del 1 al	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>NS/NR*</b>	



**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

<p>[exp_instservh osp] <b>P86.</b></p>	<p>De acuerdo con su experiencia en esta unidad médica, ¿qué recomendaría para mejorar el servicio de hospitalización?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada y registre hasta 3 respuestas en orden de mención</b></p>	<p>01 Mejor trato y/o atención por parte del personal (médicos, especialistas, operativos y vigilancia) 02 Modernizar las instalaciones (espacio para familiares, estacionamiento) 03 Ampliar las instalaciones (espacio para familiares, estacionamiento) 04 Más medicamentos y de mejor calidad 05 Mejorar el servicio de farmacia 06 Ampliar el servicio de farmacia 07 Mejorar el servicio de laboratorio 08 Ampliar el servicio de laboratorio 09 Mejorar el servicio de archivo 10 Ampliar el servicio de archivo 11 Mejorar el servicio de ambulancias 12 Ampliar el servicio de ambulancias 13 Reducir tiempos de espera para ser atendido 14 Reducir tiempos de espera para trámites 15 Reducir tiempos de espera para resultados de estudios 16 Más personal/médicos/especialistas 17 Limpieza en general de la unidad 18 Material y equipo 19 Mantenimiento a instalaciones y equipos 995 NADA, todo está bien 996 Otro1 (ESPECIFIQUE): _____ 997 Otro2 (ESPECIFIQUE): _____ 998 Otro3 (ESPECIFIQUE): _____ 999 NO SABE/NO RESPONDE</p>	<p>1ª mención  _ _ _   2ª mención  _ _ _   3ª mención  _ _ _ </p>
--	---	--	---

<b>SECCIÓN IX. FARMACIA</b>			
<p>[recmedhoy] <b>P87.</b></p>	<p>El día de hoy a su egreso, ¿le recetaron algún medicamento?</p>	<p>01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</p>	<p> _ _ _ </p>
<p>[filtrofarm2] <b>P88.</b></p>	<p><b>FILTRO:</b> ¿Acudió a la farmacia a surtir algún medicamento?</p>	<p>01 Sí 02 No 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA) → PASE A P92.</p>	<p> _ _ _ </p>
<p>[totmed] <b>P89.</b></p>	<p>De las medicinas que acudió a surtir, ¿cuántos medicamentos le dieron en la farmacia de la unidad?</p>	<p>01 Todos → PASE A P92. 02 Algunos 03 Ninguno 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA) → PASE A P92.</p>	<p> _ _ _ </p>
<p>[motnosurt] <b>P90.</b></p>	<p>¿Por qué no le surtieron el medicamento?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Espere la respuesta ESPONTÁNEA de la persona encuestada y marque la primera mención</b></p>	<p>01 Porque no tenían el medicamento 02 Porque me falta un trámite administrativo 03 Porque falta la autorización del médico familiar/clínica 04 Porque la farmacia estaba cerrada 05 Porque se equivocaron y me dieron otros medicamentos que se parecía 98 Otra causa(Especifique) _____ 99 NO SABE/NO RESPONDE</p>	<p> _ _ _ </p>
<p>[acnomed] <b>P91.</b></p>	<p>¿Si no encontró uno o más medicamentos en la farmacia de la unidad, usted...?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Leer todas las opciones y anotar sólo la primera mención</b></p>	<p>01 Volverá a buscarlo(s) en la farmacia de este hospital 02 Volverá a buscarlo(s) en la farmacia de su UMF 03 Acudirá al centro de canje con el vale que le dieron 04 Lo(s) comprará en una farmacia privada y lo(s) pagará de su bolsillo 05 No lo(s) va a comprar / suspenderá el tratamiento 06 Regresará a que el médico le recete otro medicamento 998 Otro(Especifique): _____ (ESPONTÁNEA) 999 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)</p>	<p> _ _ _ </p>

**ESTUDIO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS  
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

**Cambiando de tema...**

SECCIÓN X. GASTO DE BOLSILLO EN LA VISITA DEL DÍA DE HOY							
[gasto_bolsilloa] P92.-P96. Durante su hospitalización, ¿usted o su familia tuvo que comprar o pagar por...					[gasto_bolsillob ] P92a.-P96a. ¿Cuánto gastó aproximadamente? 999999 No sabe/No responde		
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR*</b>			
P92.	la atención médica que recibió?	01	02	99	_ _	P92a.	\$  _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _ · _ _ _ _ _
P93.	material de curación?	01	02	99	_ _	P93a.	\$  _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _ · _ _ _ _ _
P94.	algún medicamento?	01	02	99	_ _	P94a.	\$  _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _ · _ _ _ _ _
P95.	estudios de laboratorio o imagenología?	01	02	99	_ _	P95a.	\$  _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _ · _ _ _ _ _
P96.	Un colchón de agua?	01	02	99	_ _	P96a.	\$  _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _ · _ _ _ _ _

\*No sabe/No responde

SECCIÓN XI. EVALUACIÓN Y SUGERENCIA DE MEJORA DEL SERVICIO			
[cal1] P97.	En general, ¿cómo califica la calidad de la atención que recibió en este hospital?	01 Excelente 02 Buena 03 Regular (ESPONTÁNEA) 04 Mala 05 Pésima 99 NO SABE/NO RESPONDE (ESPONTÁNEA)	_ _

¡Muchas gracias por su colaboración!

**Encuestador: Tome la hora de finalización y anótela en el espacio correspondiente de la carátula de la encuesta.**