

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Estimado Sr. /Sra.:

Los trabajadores del Hospital San Juan de Dios, estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de los servicios ofrecidos durante su paso por el mismo.

Le agradeceríamos que rellenara voluntariamente esta encuesta que será absolutamente anónima y deposítela en los **Buzones de sugerencias**, que se encuentran a su disposición en cada una de las plantas del hospital, también puede entregarla al personal de la planta.

Le agradecemos su interés para que mejoremos nuestro trabajo, con la seguridad de que será en beneficio de todos.

Señale cuál ha sido la calidad de la asistencia sanitaria que le ha proporcionado el Hospital “**San Juan de Dios**”, rodeando con un círculo el número de la casilla correspondiente a su nivel de satisfacción, desde muy malo (1) a muy bueno (5).

Respuestas	MUY MALA MM	MALA M	REGULAR R	BUENA B	MUY BUENA MB
	1	2	3	4	5

En el Hospital San Juan de Dios:	MM	M	R	B	MB
La calidad de la asistencia sanitaria que usted ha recibido ha sido	1	2	3	4	5
El trato del personal del hospital con usted ha sido:	1	2	3	4	5
La comida ha sido:	1	2	3	4	5
El confort en las habitaciones del hospital ha sido:	1	2	3	4	5
La limpieza del hospital ha sido:	1	2	3	4	5
El respeto a sus derechos como paciente ha sido:	1	2	3	4	5
La rapidez para resolver sus problemas ha sido:	1	2	3	4	5
El modo en el que se le informó sobre su estado de salud ha sido:	1	2	3	4	5
Su opinión de la calidad y competencia de los médicos es:	1	2	3	4	5
Su opinión de la calidad y competencia de las enfermeras es:	1	2	3	4	5
La información recibida al alta sobre los cuidados de su enfermedad ha sido:	1	2	3	4	5

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión

- ¿Cómo se siente usted con la atención que ha recibido durante su estancia en el Hospital?

Muy poco satisfecho ☐ Poco satisfecho ☐ Regularmente satisfecho ☐
Bastante satisfecho ☐ Muy satisfecho ☐

- ¿Recomendaría este Hospital a otras personas?

Si ☐ No ☐

- ¿Se le solicitó su consentimiento o autorización para hacerle las pruebas que le indicó el médico?

Sí, me lo pidieron ☐ No me lo pidieron ☐ No fue necesario ☐

- ¿Conoce usted al médico responsable que le atendió durante su hospitalización?

Sí ☐

No ☐

- ¿Conoce usted a su enfermero/a referente que le atendió durante su hospitalización?

Sí ☐

No ☐

En caso de haber sido operado, marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión

- ¿El trato recibido a su llegada al quirófano fue bueno?

Si ☐

No ☐

- ¿Antes de la operación, cree usted haber recibido la información suficiente sobre su intervención?

Si ☐

No ☐

- ¿Si presentó dolor después de la intervención, cree usted que se le trató adecuadamente?

Si ☐

No ☐

- ¿La información recibida por su familia mientras usted se encontraba en la unidad de recuperación después de la intervención, la considera?

Muy mala ☐

Mala ☐

Regular ☐

Buena ☐

Muy buena ☐

Por favor rellene las siguientes casillas con datos del paciente

Edad años.

Indique si es: **Hombre** ☐ **Mujer** ☐

Su ingreso en el Hospital ha sido en la planta de:

Fecha de alta: _____

Indique por favor quién rellena el cuestionario

Paciente ☐

Familiar/Allegado/Representante ☐

Utilice este espacio si quiere hacernos llegar alguna sugerencia o aclaración