

**Formulario para satisfacción de prestadores de servicio**

|  |
| --- |
| 1. **Datos Generales**
 |
| 1.1 Provincia  |
| 1.2 Institución o estructura donde trabaja | CMH [ ]  Clínica Estomatológica [ ] Sala AMI  [ ]  Otros [ ]  Clínica Internacional [ ]   |
| 1.3 Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.4 Sexo: Masculino [ ]  Femenino [ ]   |
| 1.5. Nivel profesional |
| Médicos [ ]  Estomatólogos [ ]  | Enfermeras |
| Especialista [ ]  No especialista [ ]   | Técnico [ ]  Licenciada [ ]   |
| 1.6 Categoría docente |
| No tiene [ ]  Asistente [ ]  Titular [ ] Instructor [ ]  Auxiliar [ ]   | No tiene [ ]  Asistente [ ]  Titular [ ] Instructor [ ]  Auxiliar [ ]   |
| 1.7 Categoría científica |
| No tiene [ ]  Máster [ ]  Doctor en Ciencias [ ]  | No tiene [ ]  Máster [ ]  Doctor en Ciencias [ ]  |
| 1.8 Otras categorías ocupacionalesTécnicos [ ]  personal de servicio [ ]  |  |
|  |  |  |  |
|  **II. Condiciones del ambiente laboral** |  **Bueno** |  **Regular** |  **Malo** |
| 1. Limpieza
 |  |  |  |
| 1. Iluminación
 |  |  |  |
| 1. Estado de puertas, ventanas
 |  |  |  |
| 1. Estado de paredes, pintura
 |  |  |  |
| 1. Mobiliario clínico
 |  |  |  |
| 1. Muebles para pacientes
 |  |  |  |
| 1. Ventilación
 |  |  |  |
| 1. Existencia y estado de sábanas, toallas, jabón
 |  |  |  |
| 1. Estado y funcionamiento de los baños
 |  |  |  |
| 1. Lugar donde tomar agua
 |  |  |  |
| 1. Condiciones de la sala de observaciones
 |  |  |  |
| 1. Condiciones del área de emergencia
 |  |  |  |
| 1. Agua para lavado de manos del personal que atiende
 |  |  |  |
| 1. Privacidad
 |  |  |  |
| 1. Modelajes y documentos de trabajo (recetas, certificados, dietas, historias clínicas, etc.)
 |  |  |  |
| Para las respuestas Regular y Malo especificar ítem y motivo de la evaluación |
| 1. **Recursos necesarios para el trabajo**
 |  **Si** |  **No** |
| 1. Para realizar el examen clínico (tomar la TA, auscultar, pesar, medir, etc.,)
 |  |  |
| 1. Para realizar curas, poner inyecciones y vacunas o cualquier otro proceder de enfermería
 |  |  |
| 1. En el laboratorio para análisis u otros exámenes diagnósticos.
 |  |  |
| En caso negativo, especificar |
| 1. **Recursos necesarios para la atención de urgencia**
 |  **Si** |  **No** |
| a. Equipos (oxígeno, aerosol, reanimación, aspiradoras, ultrasonido, rayos x)  |  |  |
| 1. Medicamentos de cualquier tipo
 |  |  |
| c. Otros (toma tensión arterial, auscultación, peso, talla, exámenes diagnósticos, materiales de curación) |  |  |
| En caso negativo, especificar  |
| **Atención al hombre** |  **Siempre** |  **A veces** |  **Nunca** |
| 1. Preocupación por problemas de trabajo
 |  |  |  |
| 1. Preocupación por problemas personales
 |  |  |  |
| 1. Carga de trabajo adecuada
 |  |  |  |
| 1. Alimentación adecuada
 |  |  |  |
| 1. Reconocimiento por su trabajo
 |  |  |  |
| 1. Preocupación por estado de salud
 |  |  |  |
| 1. Preocupación por superación
 |  |  |  |
| 1. Proporcionan medios de protección del trabajo
 |  |  |  |
| 1. Se consultan y toman en consideración sus criterios
 |  |  |  |
| 1. Se estimulan, de alguna manera, los esfuerzos por garantizar una atención de calidad
 |  |  |  |
| Para las respuestas A veces y Nunca especificar ítem y motivo de la evaluación |
| 1. **Trato de la población**
 |  **Siempre** |  **A veces** |  **Nunca** |
| 1. Trato adecuado de pacientes y familiares
 |  |  |  |
| 1. Reconocimiento por su trabajo
 |  |  |  |
| Para las respuestas A veces y Nunca especificar ítem y motivo de la evaluación |
| **Calidad del trabajo del personal de asistencia** |  **Bueno** |  **Regular** |  **Malo** |
| 1. Enfermería
 |  |  |  |
| 1. Médicos (interrogatorio, examen físico)
 |  |  |  |
| 1. Técnicos de rayos X laboratorio
 |  |  |  |
| 1. Técnico de laboratorio clínico
 |  |  |  |
| 1. Técnico de electrocardiografía
 |  |  |  |
| 1. Personal de ultrasonografía
 |  |  |  |
| 1. Técnico de rehabilitación
 |  |  |  |
| 1. Personal de limpieza y otros servicios
 |  |  |  |
| En caso de evaluación regular o malo, especificar tipo de personal y motivos de esos criterios |
| 1. **Evaluación sobre solución brindada a los problemas de salud**
 |  **Bueno** |  **Regular** | **Malo** |
| 1. La solución que se brinda a los problemas de salud atendidos en el

 último mes ha sido: |  |  |  |
| En caso de evaluación regular o malo, especificar motivos de esos criterios |
| 1. **Percepción sobre calidad de la atención que se brinda**
 |  **Bueno** |  **Regular** |  **Malo** |
| 1. En general considera que la calidad de la atención que se brinda
 |  |  |  |
| En caso de evaluación regular o malo, especificar motivos de esos criterios |