

**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 ocupacionales  Técnicos  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 | | | | | | | | | | | | | | |