



PERU

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

Nº *435* -2016-INSN-DG

## RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, *26* de *Octubre* del 2016

Visto; el Expediente con Registro Nº OGC-1971-16 y el Memorando Nº 1737-OGC-INSN-2016.

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", para fortalecer y actualizar los lineamientos de dicho sistema;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 526-2011/MINSA, se aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud, en el marco del proceso de descentralización, asimismo es de observancia obligatoria para todas las Direcciones Generales, oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 527-2011/MINSA, se aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuya finalidad es contribuir a identificar las principales causas de nivel de insatisfacción del usuario externo para la implementación de acciones, para la mejora continua en los establecimientos de salud, y servicios médicos de apoyo basados en la satisfacción del usuario;

Que, mediante el documento del visto, la Oficina de Gestión de la Calidad ha propuesto la aprobación del Documento Técnico: "Plan para la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos en el INSN 2016-2017", cuyo objetivo general es estimar el índice de satisfacción y contribuir a identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo, para la implementación de acciones para la mejora continua en los usuarios externos atendidos en los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño, para fortalecer la calidad de los servicios;

Que, con Memorando Nº 499-DA-INSN-2016, la Dirección Adjunta emite su opinión favorable con respecto al "Plan para la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos en el INSN 2016-2017";

Que, mediante Memorando Nº 1258-DG-INSN-2016, de fecha 16 de setiembre del 2016, la Dirección General dispone la proyección de la Resolución Directoral que aprueba el Documento Técnico: "Plan para la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos en el INSN 2016-2017";

Estando a lo propuesto por la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, con el Visado de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de Organización y Funciones, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, y la Resolución Ministerial Nº 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud";





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de  
Salud del Niño - BreñaDECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"**SE RESUELVE:**

**Artículo Primero.-** Aprobar con eficacia anticipada al 14 de setiembre del 2016, el Documento Técnico: "Plan para la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos en el INSN 2016-2017"; que forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

**Artículo Segundo.-** Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad la difusión, implementación, y monitoreo de lo dispuesto en el citado Documento Técnico.

**Artículo Tercero.-** Encargar a la Oficina de Comunicaciones, la publicación del Documento Técnico: "Plan para la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos en el INSN 2016-2017", en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD  
I.G.S.S.  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
DR. ALFONSO JUAN TAPIA BAUTISTA  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 14181 R.N.E. 4503

**ATB/RVP****DISTRIBUCIÓN:**

- ( ) DG
- ( ) DEIDAC
- ( ) DEIDAM
- ( ) DEIDAA
- ( ) DEAC
- ( ) Dpto. Enfermería
- ( ) OGC
- ( ) Of. Comunicaciones
- ( ) OP



# DOCUMENTO TECNICO: PLAN PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS EN EL INSN 2016-2017

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

|                                                                                                                                                                   |                     |                                              |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| PERÚ                                                                                                                                                              | MINISTERIO DE SALUD | INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD   | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA |
| <b>CERTIFICO:</b> Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado. |                     |                                              |                                              |
|                                                                                                                                                                   |                     | <b>28 OCT 2016</b>                           |                                              |
| <b>712</b>                                                                                                                                                        |                     |                                              |                                              |
| Reg. N°                                                                                                                                                           |                     | Lic. ARMANDO JESUS VILCA FLORER<br>FEDATARIO |                                              |

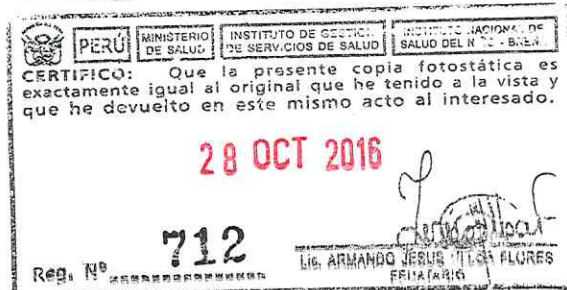


## INDICE

- I.- INTRODUCCIÓN.
- II.- FINALIDAD.
- III.- OBJETIVOS.
- IV.- MARCO LEGAL.
- V.- AMBITO DE APLICACIÓN.
- VI.- CRITERIOS DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS.
- VII.- METODOLOGIA.
- VIII. ACTIVIDADES.
- IX. RESPONSABILIDADES.
- X.- EVALUACION.
- XI.- LOGISTICA Y ADMINISTRACION DE RECURSOS MATERIALES.
- XII.- CRONOGRAMA.
- XIII.- ANEXO.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

|                                                                                                                                                            |                     |                                               |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| PERÚ                                                                                                                                                       | MINISTERIO DE SALUD | INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD    | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA |
| CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado. |                     |                                               |                                              |
|                                                                                                                                                            |                     | 28 OCT 2016                                   |                                              |
| Reg. N°                                                                                                                                                    | 712                 | Lic. ARMANDO JESUS TILCA FLÓRES<br>FIRMATARIO |                                              |



## PLAN PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS EN EL INSN

### I.- INTRODUCCIÓN:

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

La mejora de los servicios de salud tiene como base fundamental la calidad de servicio brindado a los usuarios y la calidad en el servicio es la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente de dicho servicio.

Es por ello que la medición de la satisfacción del usuario externo es una actividad programada en el Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2016 e indicador del POA institucional, dicha medición se realiza con la finalidad de implementar mejoras en las áreas donde se presentan las oportunidades de mejora según resultados.

La concepción de calidad según la metodología SERVQUAL, interpreta la satisfacción de los usuarios como la diferencia entre sus Percepciones (P) y Expectativas (E).

El estudio se desarrollará mediante el muestreo probabilístico, empleándose los cuestionarios de encuesta estándar para la determinar los niveles de satisfacción en los servicios de salud SERVQUAL, de acuerdo al servicio, por el personal de la Plataforma de Atención al Usuario (Guías Hospitalarias).

La cantidad de personas encuestadas se determinará en base a la cantidad de los datos históricos de atenciones.

Los días del levantamiento serán desde el 15 de setiembre hasta el 15 de Octubre del 2016 en el horario de atención en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia. la aplicación de la encuesta, la tabulación de los datos, la obtención de los resultados y el informe final estarán a cargo de la oficina de Gestión de la calidad y La Plataforma de Atención al Usuario.



## II.- FINALIDAD:

Promover una cultura organizacional saludable en los servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño, a través de las acciones para la mejora continua de sus procesos, con información relevante del nivel de satisfacción de nuestros usuarios externos.

## III.- OBJETIVOS.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

### 3.1 OBJETIVO GENERAL:

Estimar el índice de satisfacción y contribuir a identificar las principales causas del Nivel de Insatisfacción del Usuario Externo, para la implementación de acciones para la mejora continua en los usuarios externos atendidos en los servicios de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño, para fortalecer la calidad de los servicios.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Recopilar datos relacionados a la satisfacción de usuarios externos en los servicios de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia del Instituto de Salud del Niño a través del instrumento SERVQUAL.
- Registrar, procesar e interpretar los datos relacionados a la encuesta SERVQUAL en el aplicativo.
- Emitir el Informe final de la encuesta SERVQUAL, con las conclusiones y recomendaciones para la implementación de la mejora continua de la calidad de servicios.

## IV.- MARCO LEGAL

### 4.1 Leyes

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27783. Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

#### 4.2 Decreto Legislativo

- Decreto Legislativo N° 1167, Crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud — IGSS.
- Decreto Legislativo N° 1161, Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

#### 4.3 Resoluciones Ministeriales

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, Aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V01 "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, Aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicio Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 083-2010-SA/DM, Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 623-2008/MINSA, Aprobó Documento Técnico "Metodología para el Estudio del Clima Organizacional".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, Aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, Aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.

#### 4.4 Resoluciones Directorales

- Resolución Directoral N° 209-2016-INSN-DG, Aprueba el Plan de la Oficina de gestión de la Calidad 2016.

PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - B.R.N.

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

28 OCT 2016

712

Reg. N°

Lic. ARMANDO JESUS ULLICA FLORES  
FEBRATARIO



## V.- AMBITO DE APLICACIÓN

De acuerdo con la Guía Técnica<sup>1</sup> para la evaluación de la satisfacción del usuario externo a nivel nacional, en nuestro plan anual de aplicación de la encuesta Servqual se ejecutará específicamente en aquellos padres, madres o tutores responsables de nuestros pacientes atendidos en los servicios de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización del Instituto, entre los meses de setiembre y octubre del presente 2016.

La aplicación de la encuesta de satisfacción de usuarios externos se realizará utilizando los siguientes criterios:

## VI.- CRITERIOS DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS

### Criterios de inclusión:

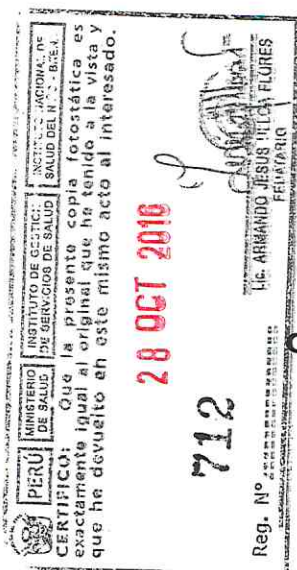
- Usuarios externos a encuestar: Persona de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, posterior a la atención en el consultorio y/o servicio médico de apoyo.
- Familiar u otra persona responsable de la tutoría en la atención de salud que acompaña al usuario (paciente) que acude a una atención en los servicios especializados de Consultorios Externos o servicio de Emergencia.
- Usuarios externos que brinden su aprobación para desarrollar la encuesta.

### Criterios de exclusión:

- Acompañante de usuarios y pacientes menores de 18 años y de aquellos que presenten algún tipo de discapacidad por la que no puedan expresar su opinión.
- Usuarios o familiares que no deseen participar en el estudio.
- Usuarios con trastornos mentales que no estén acompañados por sus familiares.

### Criterios de eliminación:

Rechazar las encuestas incompletas (no han culminado su aplicación).



<sup>1</sup> Con Resolución Ministerial N° 527 – 2011 se aprobó la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo del Ministerio de Salud.



## VII.- METODOLOGIA:

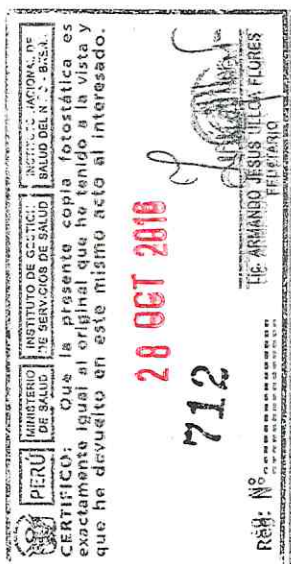
### 7.1 Diseño:

La encuesta Servqual brindará información primaria del tipo Transversal, en razón del corto periodo de observación, será descriptivo por la naturaleza de las dimensiones de evaluación de la calidad.

### 7.2 Características del Instrumento:

La encuesta Servqual, es una herramienta de escala multidimensional que permite evaluar la calidad del servicio que vienen brindando los servicios de médicos del Instituto. La versión que utilizaremos es una versión modificada y proporcionada por el Ministerio de Salud, ajustada para los fines de recolección y orientada a los servicios de salud.

La encuesta desarrollada por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry, establecen la comparación entre las Expectativas generales de los usuarios y sus Percepciones respecto al servicio que presta una organización o institución, y permite evaluar una medida de la calidad del servicio. SERVQUAL contiene 22 preguntas de Expectativas y 22 preguntas de Percepciones, distribuidos en 5 Dimensiones de evaluación de la Calidad;



- **Fiabilidad:** Preguntas del 01 al 05
- **Capacidad de Respuesta:** Disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno. Preguntas del 06 al 09.
- **Seguridad:** Cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confianza en la atención con inexistencia de peligros, riesgos o dudas. Preguntas del 10 al 13.
- **Empatía:** Disponibilidad para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender según características y situaciones particulares. Cuidado y atención individualizada. Preguntas del 14 al 18.
- **Aspectos Tangibles:** Apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento, apariencia del personal y materiales de comunicación. Preguntas del 19 al 22.

Sobre la base de los resultados del nivel de insatisfacción de los usuarios externos de los servicios en cuestión se determinan las potencialidades o las oportunidades de mejora, clasificando los niveles de satisfacción según el estándar establecido por el Ministerio de Salud.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Cuadro N° 1.- Semáforo de Control de calidad de atención, según niveles de estándar de atención de los servicios de salud.

| Orden | Porcentaje de Insatisfacción de usuarios | Categoría de análisis                      |
|-------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1     | Mayor o igual al 60%                     | Por Mejorar o bajo estándar de atención.   |
| 2     | Entre el 40% y menor del 60%             | En proceso                                 |
| 3     | Menor o igual al 40%                     | Adecuado o Aceptable, estándar de atención |

Fuente: RM N° 527 – 2011 / MINSA.

**7.3 Unidad de Análisis:** Padres, Madres o Tutores responsables de los pacientes atendidos en los servicios especializados de Consulta Externa, Servicios de Emergencia, y los Servicios de Hospitalización.

**7.4 Población:** Pacientes atendidos en los servicios de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización, se considerará como base poblacional el promedio mensual de las atenciones de pacientes de la Consulta Externa, el Servicios de Emergencia y los egresos hospitalarios producidos durante el periodo Enero a Agosto de 2016.

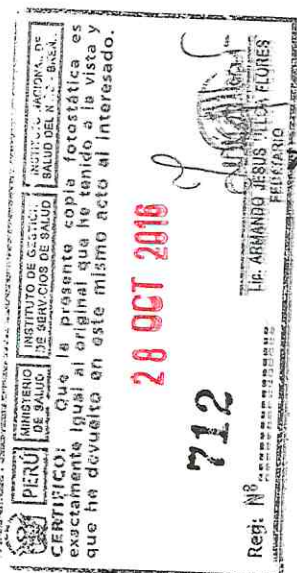
**7.5 Unidad de muestreo:** El paciente atendido en la Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización. La referencia para ubicar a cada paciente será relación de las atenciones de pacientes con citas de Consulta Externa. En el caso de la Hospitalización se utilizara los casos de pacientes con proceso de alta hospitalaria.

**7.6 Tamaño de la Muestra:** El diseño de la muestra corresponde a las tres dominios de interés los cuales son **Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización**, ante este hecho la muestra está sujeta a probabilidad y es representativa exclusivamente en cada uno de estos dominios, en virtud de la selección aleatoria de la población, en adelante esta equivalencia será utilizada como dominios del estudio.

En relación a la muestra en Consultorios Externos y Hospitalización se procederá mediante conglomerados de Especialidades, debido a que previamente a la selección, la población de atenciones o egresos hospitalarios, respectivamente se divide en grupos de especialidad médicas con el propósito de mejorar su representatividad. Esta información debe ser proporcionada por la Oficina de Estadística e Informática.

Para el diseño se utilizara el software de la Organización Mundial de la Salud (OMS) EPIDAT 4.0.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



## VIII.- ACTIVIDADES:

### 8.1 Actividades para la formalización, evaluación y presentación del "Plan de Estudio para la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos en el INSN 2016 – 2017".

Presentación del Plan de Estudio

Aprobación del Plan de Estudio por la Dirección General del INSN

Socializar el Plan de Estudio a las Direcciones, Jefaturas y responsables de los Servicios en observación.

### 8.2 Actividades para promover la implementación del "Plan de Estudio para la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos en el INSN 2016 – 2017".

Organizar el requerimiento de materiales para la aplicación de las encuestas.

Capacitar al equipo de encuestadores en el dominio de la encuesta SERVQUAL

Organizar el trabajo de campo según horarios y metas de Encuestas previstas a recolectar.

Gestionar reuniones de presentación de Equipos, planes y apoyo administrativo para facilitar la ejecución de las Encuestas en las áreas de dominio del estudio.

Resultados.

Ejecutar el monitoreo del cumplimiento del Plan.

### 8.3 Actividades para análisis y presentación de resultados

Organizar el proceso de digitación de las encuestas.

Procesamiento estadístico para estimar resultados

Elaboración de reportes y cuadros estadísticos.

Elaboración de Informe de Evaluación

Reunión de Presentación Participativa de los resultados de Estudio.

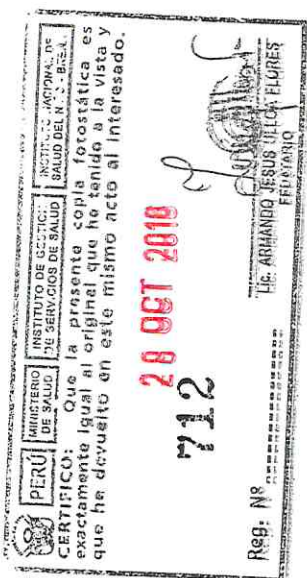
Gestionar reuniones para reportar información de la evaluación y propuesta de las acciones de mejora en los servicios.

### 8.4 Actividades para Elaboración de Proyectos de Mejora

Organizar Taller de Intervención para las acciones de Mejora en los servicios con bajo estándar de atención de la calidad.

Coordinar reuniones Taller para elaboración de Planes de Mejora Continua de la Calidad.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



## IX.- RESPONSABILIDADES:

### 9.1 DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD:

Las funciones de esta oficina serán:

- Incluir dentro del Plan Anual de la Oficina la medición de la satisfacción de Usuario Externo.
- Coordinar con las estructuras correspondientes el cumplimiento de los objetivos del Plan.
- Captar al personal encuestador.
- Capacitar y supervisar al personal encuestador.
- Procesar los datos recogidos de las encuestas Servqual.
- Elaborar el informe final que incluyan los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones remitirlos a la Dirección General.

### 9.2 DE LA DIRECCION GENERAL:

- Promover y Apoyar las actividades del presente Plan.
- Difundir y discutir el informe con el comité de Gestión y las jefaturas de los Órganos Asistenciales y Administrativos para la elaboración del proyecto de mejora.

### 9.3 DE LA OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION:

- Brindar el apoyo logístico para el cumplimiento del Plan.
- Impresión de formularios para la encuestas.

### 9.4 DE LA OFICINA DE OEAIDE:

- Diseñar el tamaño y las características de la muestra.
- Brindar el apoyo técnico en lo relacionado al procesamiento informático.

## X.- EVALUACION:

La Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación con el Responsable de la Plataforma y Atención al Usuario, son las encargadas de ejecutar la encuesta y procesar la información final.

El procesamiento informático de las encuestas recolectados serán verificadas para la codificación y se usará el aplicativo provisto para este fin.

Posteriormente se obtendrá una base de datos para el análisis estadístico relacionado a los objetivos del estudio y se identificarán las oportunidades de mejoras para los dominios y servicios especializados.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

## XI.- LOGISTICA Y ADMINISTRACION DE RECURSOS MATERIALES:

- 3 millares de Hojas Bon A4, para impresión/fotocopiado de encuestas.
- 12 Lápices H2B.
- 5 Borradores Grandes.
- 10 Lapiceros color Azul y Rojo.
- 5 Tableros acrílicos con sujetador.
- 1 Tóner para impresora HP.
- Software (aplicativo SERVQUAL).
- 100 Folders A4.
- 03 Archivadores de Palanca A4.
- 03 Pioner A4.
- 25 Micas A4.
- 12 Pliegos de papel Cartulinas.
- 03 Plumones Gruesos color Azul, Negro y Rojo.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yonild Damaris TORRES SANCHEZ  
Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario  
Of. Gestión de la Calidad.

PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

28 OCT 2016

712

Reg. N°

LIC. ARMANDO JESUS LILLO FLORES

# CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS EXTERNOS EN EL INSN 2016 - 2017

| OBJETIVO GENERAL                                                                                          | OBJETIVOS ESPECÍFICOS                                                                                              | ACTIVIDADES                                                             | UNIDAD DE MEDIDA                         | MESES DEL AÑO 2016-2017 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                                                                                                           |                                                                                                                    |                                                                         |                                          | Ene                     | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| Fortalecer la Satisfacción del Usuario Externo del INSN mediante la implementación de proyectos de mejora | Lograr el compromiso de la alta dirección                                                                          | Elaboración del plan para encuesta de satisfacción del Usuario Externo. | Plan                                     |                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                                                                           |                                                                                                                    | Aprobación con Resolución Directoral                                    | R.D.                                     |                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                                                                           |                                                                                                                    | Socialización del Plan a nivel de directivos                            | Memorando.                               |                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                                                                           |                                                                                                                    | Capacitación a los Encuestador.                                         |                                          |                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                                                                           | Determinar la percepción de los usuarios Externos. En las áreas de consulta Externa, Emergencia y Hospitalización. | Aplicación de la encuesta propuesta por el MINSA.                       | Encuesta                                 |                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                                                                           |                                                                                                                    | Elaboración de informe de resultados.                                   | Informe de ejecución                     |                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                                                                           | Difundir los resultados del Estudio de la satisfacción del Usuario Externo.                                        | Presentación de resultados a directivos                                 | Lista de asistentes a reunión            |                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                                                                           |                                                                                                                    | Difusión de resultados a jefes de departamento y servicios del INSN     | Lista de participantes y memos remitidos |                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                                                                           | Lograr la implementación de proyectos de mejora para revertir los resultados de impacto negativo.                  | Reunión con el equipo técnico de Mejora Continua                        | Acta de reunión                          |                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

28 OCT 2016

712

Reg. N°

Lia. ARMANDO JESUS HILDA FLÓRES FIRMATARIO

Concid Damaris TORRES SANCHEZ  
Reg. N° de la Plataforma de Atención al Usuario  
Of. Gestión de la Calidad.

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
C.E.I. 1087

| OBJETIVO GENERAL                                                                                           | OBJETIVOS ESPECÍFICOS                                                                            | ACTIVIDADES                                      | UNIDAD DE MEDIDA      | MESES DEL AÑO 2017 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                                                                                                            |                                                                                                  |                                                  |                       | Ene                | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| Fortalecer la Satisfacción del Usuario Externo del INSJN mediante la implementación de proyectos de mejora | Lograr la implementación de proyectos de mejora para revertir los resultados de impacto negativo | Aprobación de proyectos de mejora elaborados     | Proyectos aprobados   |                    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                                                                            |                                                                                                  | Implementación de proyectos                      | Proyecto implementado |                    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                                                                            |                                                                                                  | Elaboración de informe de resultados de proyecto | Informe de resultados |                    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
OFICINA NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
2017

Yonild Damante TORRES SANCHEZ  
Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario  
Of. Gestión de la Calidad.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

28 OCT 2016

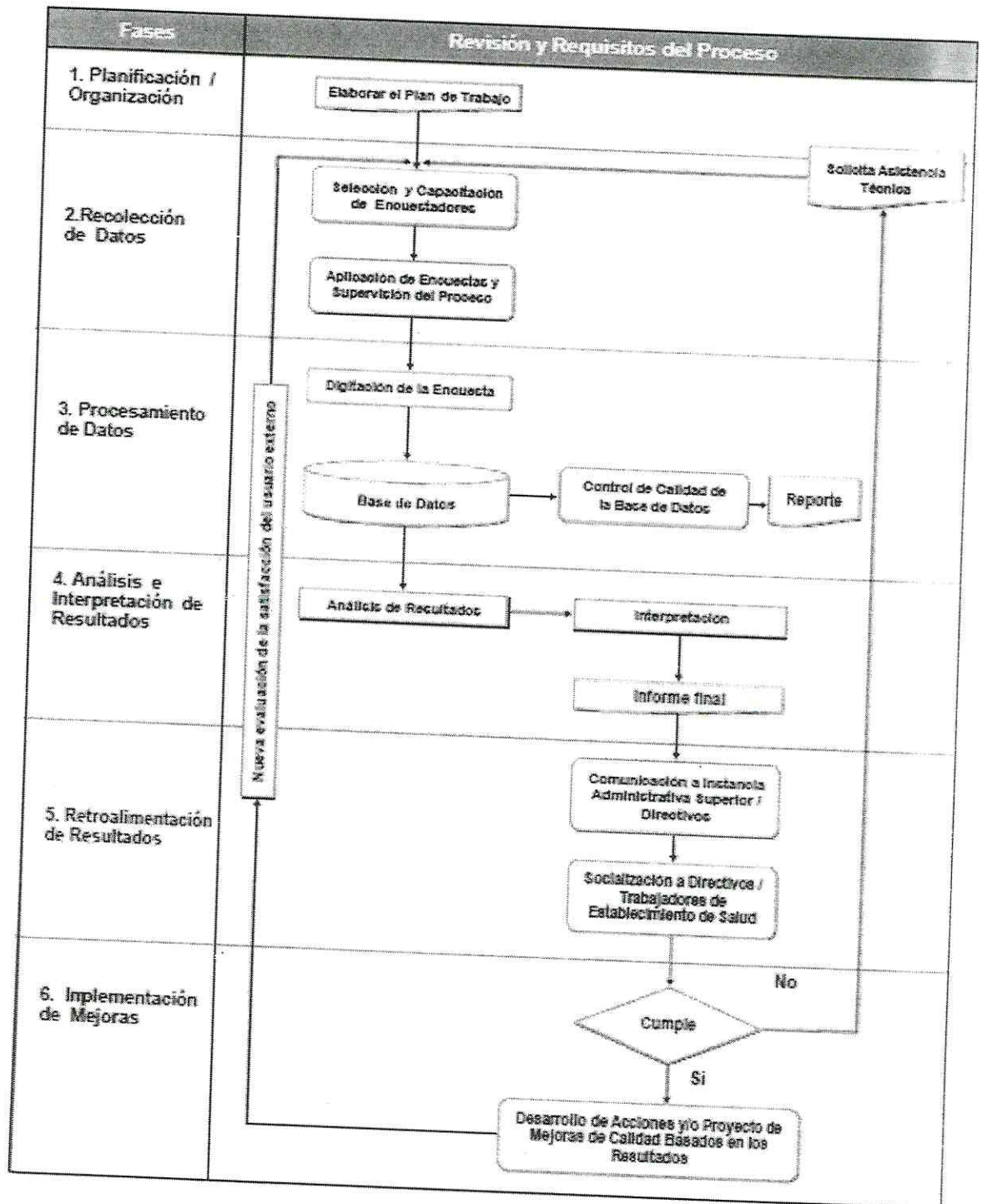
Reg. N° 712

Lic. ARMANDO JESUS VELAZQUEZ FLORES  
FIRMATARIO



## ANEXO 1

Flujograma: Para Evaluar la Satisfacción del Usuario Externo



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

28 OCT 2016

712

Reg. N°

LIC. ARMANDO RESUS PÉREZ

## ANEXO 2

1. ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III.
2. ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III.
3. ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL I-4, II y III.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

|                                                                                                                                                            |                     |                                               |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| PERÚ                                                                                                                                                       | MINISTERIO DE SALUD | INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD    | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA |
| CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado. |                     |                                               |                                              |
| 28 OCT 2016                                                                                                                                                |                     | 712                                           |                                              |
| Reg. N°                                                                                                                                                    |                     | Lic. ARMANDO JESUS ALONSO FLORES<br>FELAFARIO |                                              |

GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO



|                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                               | Nº Encuesta: _____                                                        |  |
| <b>ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL<br/>SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III</b>                                                                                                    |                                                                               |                                                                           |  |
| Nombre del encuestador:                                                                                                                                                                                                                                 | _____                                                                         |                                                                           |  |
| Establecimiento de Salud:                                                                                                                                                                                                                               | _____                                                                         |                                                                           |  |
| Fecha:                                                                                                                                                                                                                                                  | Hora de Inicio: <input type="text" value="/"/> <input type="text" value="/"/> | Hora Final: <input type="text" value="/"/> <input type="text" value="/"/> |  |
| Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de atención que recibió en el servicio de Consulta Externa del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación. |                                                                               |                                                                           |  |
| <b>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                                                                           |  |
| 1. Condición del encuestado                                                                                                                                                                                                                             | Usuario (a)                                                                   | <input type="text" value="1"/>                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Acompañante                                                                   | <input type="text" value="2"/>                                            |  |
| 2. Edad del encuestado en años                                                                                                                                                                                                                          | <input type="text"/>                                                          |                                                                           |  |
| 3. Sexo                                                                                                                                                                                                                                                 | Masculino                                                                     | <input type="text" value="1"/>                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Femenino                                                                      | <input type="text" value="2"/>                                            |  |
| 4. Nivel de estudio                                                                                                                                                                                                                                     | Analfabeto                                                                    | <input type="text" value="1"/>                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Primaria                                                                      | <input type="text" value="2"/>                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Secundaria                                                                    | <input type="text" value="3"/>                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Superior Técnico                                                              | <input type="text" value="4"/>                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Superior Universitario                                                        | <input type="text" value="5"/>                                            |  |
| 5. Tipo de seguro por el cual se atiende                                                                                                                                                                                                                | SIS                                                                           | <input type="text" value="1"/>                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | SOAT                                                                          | <input type="text" value="2"/>                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Ninguno                                                                       | <input type="text" value="3"/>                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Otro                                                                          | <input type="text" value="4"/>                                            |  |
| 6. Tipo de usuario                                                                                                                                                                                                                                      | Nuevo                                                                         | <input type="text" value="1"/>                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Continuador                                                                   | <input type="text" value="2"/>                                            |  |
| 7. Especialidad /servicio donde fue atendido:                                                                                                                                                                                                           | _____                                                                         |                                                                           |  |

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL**

PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

**28 OCT 2016**

**712**

Reg. Nº \_\_\_\_\_

Lic. ARMANDO JESUS ALCA FLORES

GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO



**EXPECTATIVAS**

En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la **IMPORTANCIA** que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7.  
Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

| Nº | Preguntas                                                                                                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | E Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa  |   |   |   |   |   |   |   |
| 02 | E Que la consulta con el médico se realice en el horario programado                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |
| 03 | E Que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |
| 04 | E Que su historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para su atención                                                             |   |   |   |   |   |   |   |
| 05 | E Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |
| 06 | E Que la atención en caja o en el módulo admisión del Seguro Integral de Salud (SIS) sea rápida                                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 07 | E Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 08 | E Que la atención para tomarse exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 09 | E Que la atención en farmacia sea rápida                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |
| 10 | E Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |
| 11 | E Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| 12 | E Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud                                    |   |   |   |   |   |   |   |
| 13 | E Que el médico que atenderá su problema de salud, le inspire confianza                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| 14 | E Que el personal de consulta externa le trate con amabilidad, respeto y paciencia                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 15 | E Que el médico que le atenderá, muestre interés en solucionar su problema de salud                                                              |   |   |   |   |   |   |   |
| 16 | E Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención                             |   |   |   |   |   |   |   |
| 17 | E Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos |   |   |   |   |   |   |   |
| 18 | E Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán                             |   |   |   |   |   |   |   |
| 19 | E Que los carteles, letreros y flechas de la consulta externa sean adecuados para orientar a los pacientes                                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 20 | E Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes                                            |   |   |   |   |   |   |   |
| 21 | E Que los consultorios cuenten con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención                                              |   |   |   |   |   |   |   |
| 22 | E Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y sean cómodos                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

28 OCT 2016

712

*[Handwritten signature]*

GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO



**PERCEPCIONES**

En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted **HA RECIBIDO** la atención en el servicio de Consulta Externa (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

| Nº | Preguntas                                                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | P ¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?   |   |   |   |   |   |   |   |
| 02 | P ¿El médico le atendió en el horario programado?                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |
| 03 | P ¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| 04 | P ¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 05 | P ¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 06 | P ¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida?                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |
| 07 | P ¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 08 | P ¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| 09 | P ¿La atención en farmacia fue rápida?                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |
| 10 | P ¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio?                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |
| 11 | P ¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?                              |   |   |   |   |   |   |   |
| 12 | P ¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| 13 | P ¿El médico que le atendió le inspiró confianza?                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |
| 14 | P ¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?                                                              |   |   |   |   |   |   |   |
| 15 | P ¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?                                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 16 | P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?                             |   |   |   |   |   |   |   |
| 17 | P ¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos? |   |   |   |   |   |   |   |
| 18 | P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?                             |   |   |   |   |   |   |   |
| 19 | P ¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?                                                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 20 | P ¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?                                                           |   |   |   |   |   |   |   |
| 21 | P ¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 22 | P ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?                                                                |   |   |   |   |   |   |   |

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL**

PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL N.º 3 - BETA

**CERTIFICO:** Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

**28 OCT 2016**

**712**

Reg. N°

**Lic. ARMANDO JESUS FLORES**  
FEDATARIO

GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO



|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------|---|-------------|---|------------|---|------------------|---|------------------------|---|
|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N° Encuesta: _____                                                               |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| <b>ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III</b>                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| Nombre del encuestador:                                                                                                                                                                                                                              | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| Establecimiento de Salud:                                                                                                                                                                                                                            | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| Fecha:                                                                                                                                                                                                                                               | Hora de Inicio: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">/ /</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hora Final: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">/ /</span> |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de la atención que recibió en el servicio de Emergencia del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| <b>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</b>                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| 1. Condición del encuestado                                                                                                                                                                                                                          | Usuario (a) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">1</span><br>Acompañante <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">2</span>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| 2. Edad del encuestado en años                                                                                                                                                                                                                       | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| 3. Sexo                                                                                                                                                                                                                                              | Masculino <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">1</span><br>Femenino <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">2</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| 4. Nivel de estudio                                                                                                                                                                                                                                  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Analfabeto</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>Primaria</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Secundaria</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Superior Técnico</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>Superior Universitario</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> </table> |                                                                                  | Analfabeto | 1 | Primaria    | 2 | Secundaria | 3 | Superior Técnico | 4 | Superior Universitario | 5 |
| Analfabeto                                                                                                                                                                                                                                           | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| Primaria                                                                                                                                                                                                                                             | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| Secundaria                                                                                                                                                                                                                                           | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| Superior Técnico                                                                                                                                                                                                                                     | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| Superior Universitario                                                                                                                                                                                                                               | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| 5. Tipo de seguro por el cual se atiende                                                                                                                                                                                                             | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SIS</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>SOAT</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Ninguno</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Otro</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> </table>                                                                                                          |                                                                                  | SIS        | 1 | SOAT        | 2 | Ninguno    | 3 | Otro             | 4 |                        |   |
| SIS                                                                                                                                                                                                                                                  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| SOAT                                                                                                                                                                                                                                                 | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| Ninguno                                                                                                                                                                                                                                              | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| Otro                                                                                                                                                                                                                                                 | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| 6. Tipo de usuario                                                                                                                                                                                                                                   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nuevo</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>Continuador</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                  | Nuevo      | 1 | Continuador | 2 |            |   |                  |   |                        |   |
| Nuevo                                                                                                                                                                                                                                                | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| Continuador                                                                                                                                                                                                                                          | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |
| 7. Tópico o área donde fue atendido : _____                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |            |   |             |   |            |   |                  |   |                        |   |

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

|                                                                                                                                                                   |                            |                                                       |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <br><b>PERÚ</b>                                                                                                                                                   | <b>MINISTERIO DE SALUD</b> | <b>INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>     | <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL N.º 2 - B.N.A.</b> |
| <b>CERTIFICO:</b> Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado. |                            |                                                       |                                                       |
| <div style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">28 OCT 2016</div><br><div style="font-weight: bold; font-size: 1.5em;">712</div>                    |                            | <br><b>LIC. ARMANDO JESUS ILLA ELUES</b><br>EVALUADOR |                                                       |
| Reg. N° _____                                                                                                                                                     |                            |                                                       |                                                       |

GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO



**EXPECTATIVAS**

En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la **IMPORTANCIA** que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Emergencia (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7.

Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

| Nº | Preguntas | 1                                                                                                                                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 01 | E         | Qué los pacientes sean atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socio económica                           |   |   |   |   |   |   |
| 02 | E         | Qué la atención en emergencia se realice considerando la gravedad de la salud del paciente                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 03 | E         | Qué su atención en emergencia esté a cargo del médico                                                                                          |   |   |   |   |   |   |
| 04 | E         | Qué el médico mantenga suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud              |   |   |   |   |   |   |
| 05 | E         | Qué la farmacia de emergencia cuente con los medicamentos que recetará el médico                                                               |   |   |   |   |   |   |
| 06 | E         | Qué la atención en caja o el módulo de admisión sea rápida                                                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 07 | E         | Qué la atención para tomarse los análisis de laboratorio sea rápida                                                                            |   |   |   |   |   |   |
| 08 | E         | Qué la atención para tomarse los exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida                                            |   |   |   |   |   |   |
| 09 | E         | Qué la atención en la farmacia de emergencia sea rápida                                                                                        |   |   |   |   |   |   |
| 10 | E         | Qué el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud                                    |   |   |   |   |   |   |
| 11 | E         | Qué durante su atención en emergencia se respete su privacidad                                                                                 |   |   |   |   |   |   |
| 12 | E         | Qué el médico realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual será atendido                                 |   |   |   |   |   |   |
| 13 | E         | Qué el problema de salud por el cual será atendido se resuelva o mejore                                                                        |   |   |   |   |   |   |
| 14 | E         | Qué el personal de emergencia le trate con amabilidad, respeto y paciencia                                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 15 | E         | Qué el personal de emergencia le muestre interés para solucionar cualquier dificultad que se presente durante su atención                      |   |   |   |   |   |   |
| 16 | E         | Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención                             |   |   |   |   |   |   |
| 17 | E         | Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán                             |   |   |   |   |   |   |
| 18 | E         | Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos |   |   |   |   |   |   |
| 19 | E         | Qué los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia sean adecuados para orientar a los pacientes                                   |   |   |   |   |   |   |
| 20 | E         | Qué la emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes                                                                 |   |   |   |   |   |   |
| 21 | E         | Qué la emergencia cuente con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención                                                      |   |   |   |   |   |   |
| 22 | E         | Qué los ambientes del servicio de emergencia sean limpios y cómodos                                                                            |   |   |   |   |   |   |

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL**

PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD NACIONAL DE SALUD DEL N.I.C. - BREN.

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

28 OCT 2016

712

Reg. Nº

LIG. ARMANDO JESUS OLLOA FLORIS

FEDATARIO



### PERCEPCIONES

En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted **HA RECIBIDO**, la atención en el servicio de Emergencia (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7.

Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

| Nº | Preguntas                                                                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | P ¿Usted o su familiar fueron atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica?                     |   |   |   |   |   |   |   |
| 02 | P ¿Usted o su familiar fueron atendidos considerando la gravedad de su salud?                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| 03 | P ¿Su atención en emergencia estuvo a cargo del médico?                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |
| 04 | P ¿El médico que lo atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud? |   |   |   |   |   |   |   |
| 05 | P ¿La farmacia de emergencia contó con los medicamentos que recetó el médico?                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| 06 | P ¿La atención en caja o el módulo de admisión fue rápida?                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |
| 07 | P ¿La atención en el laboratorio de emergencia fue rápida?                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |
| 08 | P ¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| 09 | P ¿La atención en la farmacia de emergencia fue rápida?                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |
| 10 | P ¿El médico que le atendió le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?                      |   |   |   |   |   |   |   |
| 11 | P ¿Durante su atención en emergencia se respetó su privacidad?                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 12 | P ¿El médico que le atendió le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?                 |   |   |   |   |   |   |   |
| 13 | P ¿El problema de salud por el cual usted fue atendido se ha resuelto o mejorado?                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 14 | P ¿El personal de emergencia lo trató con amabilidad, respeto y paciencia?                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |
| 15 | P ¿El personal de emergencia le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su atención?                          |   |   |   |   |   |   |   |
| 16 | P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención?                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 17 | P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizaron?                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 18 | P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?    |   |   |   |   |   |   |   |
| 19 | P ¿Los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia le parecen adecuados para orientar a los pacientes?                              |   |   |   |   |   |   |   |
| 20 | P ¿La emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes?                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| 21 | P ¿La emergencia contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?                                                        |   |   |   |   |   |   |   |
| 22 | P ¿Los ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios y cómodos?                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL N.º 2 - BARRIO

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

28 OCT 2016

712

Reg. Nº

LIC. ARMANDO JESUS ALCA FLÓRES

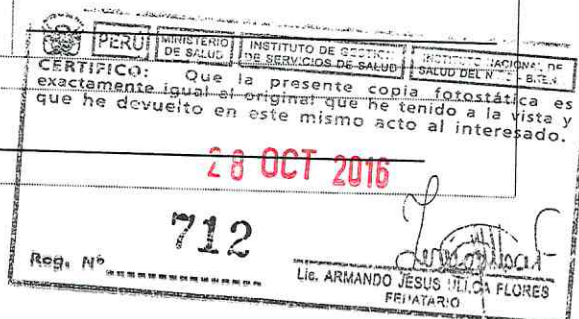
FELIARLO

GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |                                                                                |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | Nº Encuesta: _____                                                             |                                  |
| <b>ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL I-4, II y III</b>                                                                                                                                              |                                                                                    |                                                                                |                                  |
| Nombre del encuestador: _____                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                    |                                                                                |                                  |
| Establecimiento de Salud: _____                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |                                                                                |                                  |
| Fecha: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hora de Inicio: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Hora Final: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                  |
| <p>Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión y sugerencias sobre la calidad de la atención que recibió en el servicio de hospitalización del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Por favor, sírvase contestar todas las preguntas.</p> |                                                                                    |                                                                                |                                  |
| <b><u>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                    |                                                                                |                                  |
| 1. Condición del encuestado                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                    | Usuario (a)                                                                    | <input type="text" value="0"/>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | Acompañante                                                                    | <input type="text" value="1"/>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | Padre                                                                          | <input type="text" value="1.1"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | Madre                                                                          | <input type="text" value="1.2"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | Otro                                                                           | <input type="text" value="1.3"/> |
| 2. Edad del encuestado en años                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    | <input type="text"/>                                                           |                                  |
| 3. Sexo                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                    | Masculino                                                                      | <input type="text" value="1"/>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | Femenino                                                                       | <input type="text" value="2"/>   |
| 4. Grado de Instrucción                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                    | Ninguno                                                                        | <input type="text" value="0"/>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | Primaria                                                                       | <input type="text" value="1"/>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | Secundaria                                                                     | <input type="text" value="2"/>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | Superior                                                                       | <input type="text" value="3"/>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | No Sabe                                                                        | <input type="text" value="4"/>   |
| 5. Tipo de seguro por el cual se atiende                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                    | SIS                                                                            | <input type="text" value="0"/>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | SOAT                                                                           | <input type="text" value="1"/>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | Ninguno                                                                        | <input type="text" value="2"/>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    | Otro                                                                           | <input type="text" value="3"/>   |
| 6. Servicio donde permaneció hospitalizado:                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                                                                                |                                  |
| 7. Tiempo de hospitalización en días :                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                    |                                                                                |                                  |

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL**



GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO



PERCEPCIONES

En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted **HA RECIBIDO** la atención en el servicio de Consulta Externa (Primer Nivel). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

| Nº | Preguntas                                                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | P ¿Usted fue atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas?                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |
| 02 | P ¿Su atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada?                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| 03 | P ¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud?                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| 04 | P ¿Cuando usted quiso presentar alguna queja o reclamo el establecimiento contó con mecanismos para atenderlo?                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 05 | P ¿La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico?                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 06 | P ¿La atención en el área de caja/farmacia fue rápida?                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |
| 07 | P ¿La atención en el área de admisión fue rápida?                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |
| 08 | P ¿El tiempo que usted esperó para ser atendido en el consultorio fue corto?                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 09 | P ¿Cuando usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente?                                                              |   |   |   |   |   |   |   |
| 10 | P ¿Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad?                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |
| 11 | P ¿El médico u otro profesional que le atendió le realizaron un examen completo y minucioso?                                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 12 | P ¿El médico u otro profesional que le atendió, le brindó el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas?                          |   |   |   |   |   |   |   |
| 13 | P ¿El médico u otro profesional que le atendió le inspiró confianza?                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| 14 | P ¿El médico u otro profesional que le atendió le trató con amabilidad, respeto y paciencia?                                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 15 | P ¿El personal de caja/farmacia le trató con amabilidad, respeto y paciencia?                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| 16 | P ¿El personal de admisión le trató con amabilidad, respeto y paciencia?                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |
| 17 | P ¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de su atención?                      |   |   |   |   |   |   |   |
| 18 | P ¿Usted comprendió la explicación que el médico u otro profesional le brindó sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud? |   |   |   |   |   |   |   |
| 19 | P ¿Los carteles, letreros o flechas del establecimiento fueron adecuados para orientar a los pacientes?                                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 20 | P ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y contaron con bancas o sillas para su comodidad?                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 21 | P ¿El establecimiento de salud contó con baños limpios para los pacientes?                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |
| 22 | P ¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?                              |   |   |   |   |   |   |   |

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que se tiene a la vista y se devuelve en este mismo acto al interesado.

28 OCT 2016

712

Reg. Nº

H. ARMANDO JESUS VELAZQUEZ FLORIN  
FELIARDO

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO



**EXPECTATIVAS**

En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la **IMPORTANCIA** que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Hospitalización (Nivel I-4, II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7.

Considere como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

| Nº | Preguntas                                                                                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | E Que todos los días reciba una visita médica                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| 02 | E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre la evolución de su problema de salud por el cual permanecerá hospitalizado              |   |   |   |   |   |   |   |
| 03 | E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos que recibirá durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos |   |   |   |   |   |   |   |
| 04 | E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los resultados de los análisis de laboratorio                                           |   |   |   |   |   |   |   |
| 05 | E Que al alta, usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa                          |   |   |   |   |   |   |   |
| 06 | E Que los trámites para su hospitalización sean rápidos                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |
| 07 | E Que los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realicen rápido                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 08 | E Que los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros ) se realicen rápido                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| 09 | E Que los trámites para el alta sean rápidos                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |
| 10 | E Que los médicos muestren interés para mejorar o solucionar su problema de salud                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 11 | E Que los alimentos le entreguen a temperatura adecuada y de manera higiénica                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| 12 | E Que se mejore o resuelva el problema de salud por el cual se hospitaliza                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |
| 13 | E Que durante su hospitalización se respete su privacidad                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 14 | E Que el trato del personal de obstetricia y enfermería sea amable, respetuoso y con paciencia                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 15 | E Que el trato de los médicos sea amable, respetuoso y con paciencia                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |
| 16 | E Que el trato del personal de nutrición sea amable, respetuoso y con paciencia                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| 17 | E Que el trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta sea amable, respetuoso y con paciencia                                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| 18 | E Que el personal de enfermería muestre interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización                                                     |   |   |   |   |   |   |   |
| 19 | E Que los ambientes del servicio sean cómodos y limpios                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |
| 20 | E Que los servicios higiénicos para los pacientes se encuentren limpios                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |
| 21 | E Que los equipos se encuentren disponibles y se cuente con materiales necesarios para su atención                                                              |   |   |   |   |   |   |   |
| 22 | E Que la ropa de cama, colchón y frazadas sean adecuadas                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL**

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

28 OCT 2016

712

Reg. Nº

Lic. ARMANDO JESUS FELICIA FLORES

FEELATARIO