

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL AMPARADA EN EL DECRETO SUPREMO 043 2001 PCM DEL SECRETO ESTADÍSTICO

N° de Cuestionario

DOC.SALUD.02

I. LOCALIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA		B. UBICACIÓN MUESTRAL			C. COORDENADAS DEL PUNTO GPS		
1. REGIÓN		6. ÁREA	Urbana.....1	Rural.....2	9. LATITUD		
2. DEPARTAMENTO		7. ZONA			10. LONGITUD		
3. PROVINCIA		8. MANZANA			11. ALTITUD		
4. DISTRITO							
5. CENTRO POBLADO							

12. DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO (Seleccione solo un código)

Tipo de Vía: Avenida..... 1 Calle..... 2 Jirón..... 3 Pasaje..... 4 Carretera 5 Otro..... 6

Nombre de vía	N° de Puerta	Block	Piso	Int.	Mz.	Lote	Km.	Teléfono

13. REFERENCIA:

14. NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO:	15. CARGO:	16. TELÉFONO:
14A. NOMBRES Y APELLIDOS DEL INFORMANTE CALIFICADO:	15A. CARGO:	16A. TELÉFONO:

II. IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

17. NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: (Oficial, tal como figura en la resolución)

Nombre:

18. Código RENIPRESS 19. Categoría

20. Turno Mañana.....1 Tarde.....2 Mañana y tarde.....3

III. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITA	ENCUESTADOR						SUPERVISOR					
	FECHA	HORA		PRÓXIMA VISITA		RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	HORA		RESULTADO DE LA VISITA (*)		
		DE	A	FECHA	HORA			DE	A			
Primera												
Segunda												
Tercera												
Cuarta												

21. RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA

Fecha:

Resultado:

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO

1. COMPLETA	4. OTRO _____
2. INCOMPLETA	(Especifique)
3. RECHAZO	

IV. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

CARGO	DNI	NOMBRE Y APELLIDOS
ENCUESTADOR:		
SUPERVISOR LOCAL:		
COORDINADOR DEPARTAMENTAL:		
ASISTENTE DE CAMPO		
SUPERVISOR NACIONAL:		

OBSERVACIONES:

PRESENTACIÓN:

Buenos días / tardes, mi nombre es y trabajo para el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), órgano rector del Sistema Estadístico Nacional. En esta ocasión, por encargo del Ministerio de Economía y finanzas, estamos realizando entrevistas para medir el nivel de satisfacción y percepción de calidad en los servicios que brindan los Centros de Salud Mental Comunitarios. Todas sus respuestas serán tratadas en forma confidencial. ¿Me permite entrevistarlos?

CAPÍTULO 200: NIVEL DE SATISFACCIÓN Y CALIFICACIÓN DE HABILIDADES BLANDAS (PERSONAS DE 18 AÑOS Y MAS DE EDAD)

SELECCIÓN DEL INFORMANTE

201. SEXO

Hombre..... 1
Mujer..... 2

202. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS Y CUÁL ES EL DÍA, MES Y AÑO DE SU NACIMIENTO?

EDAD	DÍA	MES	AÑO

A. SATISFACCIÓN GENERAL CON EL SERVICIO DEL CSMC

203. ¿CUÁN SATISFECHO SE ENCUENTRA CON EL SERVICIO RECIBIDO EL DÍA DE HOY EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO?

(Lea la pregunta y entregue al informante la **TARJETA N° 01 "Niveles de satisfacción"**)

Muy insatisfecho..... 1 Satisfecho.....4
Insatisfecho 2 Muy satisfecho.....5
Ni satisfecho / ni insatisfecho .. 3

204. EL DÍA DE HOY, ¿FUE ATENDIDO POR UN: (Personal que en la P101B tiene seleccionado el código 1(Si))

PERSONAL	Sí	No
1. Médicos psiquiatras?	1	2
2. Médico de familia o Médico cirujano?	1	2
3. Psicólogos?	1	2
4. Enfermeros?	1	2
5. Técnicos de enfermería?	1	2
6. Trabajadores sociales?	1	2
7. Tecnólogos médicos para terapia de lenguaje?	1	2
8. Tecnólogos médicos de salud ocupacional?	1	2
9. Personal administrativo?	1	2

B. SATISFACCIÓN DE HABILIDADES BLANDAS DEL PERSONAL

205. ¿CÓMO CALIFICARÍA UD. LA ATENCIÓN RECIBIDA POR EL EN CUANTO A:

(Personal que en la P204 tiene seleccionado el código 1(Si))
(Lea la pregunta y entregue al informante la **TARJETA N° 01 "Niveles de satisfacción"**)

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho/ ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1. Amabilidad?	1	2	3	4	5
2. Respeto?	1	2	3	4	5
3. Interés o disposición por atender?	1	2	3	4	5
4. Empatía?	1	2	3	4	5
5. Confianza y seguridad que le inspira?	1	2	3	4	5
6. Claridad de la información brindada?	1	2	3	4	5

C. PROBLEMAS CON LA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO

206. EN LOS ÚLTIMOS DOS MESES, DE A, ¿TUVO ALGÚN PROBLEMA CON SU ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO?

Sí 1
No 2

→ **Pase a Cap 300**

207. ¿QUÉ PROBLEMAS TUVO?

(Lea la pregunta y entregue al informante la **TARJETA N° 02 "Problemas que tuvo en el CSMC"**)

- Le negaron la atención1
- Maltrato en la atención2
- Falta de medicamentos3
- Pagos excesivos.....4
- Incumplimiento en la programación de citas5
- Demora en la atención6
- Médico o personal no acudió a su turno7
- Cobro no advertido8
- No respetaron su privacidad.....9
- Demora en los trámites10
- Pocos turnos para la atención11
- Escasa información sobre los servicios12
- Escasa información sobre la atención recibida13
- Otro 14

(Especifique)

208. ¿RESOLVIERON SU PROBLEMA?

Sí 1
No 2

→ **Pase a Cap 300**

209. ¿CUÁN SATISFECHO SE ENCUENTRA UD. RESPECTO A LA SOLUCIÓN DADA POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

(Lea la pregunta y entregue al informante la **TARJETA N° 01 "Niveles de satisfacción"**)

- Muy insatisfecho..... 1
- Insatisfecho 2
- Ni satisfecho / ni insatisfecho 3
- Satisfecho 4
- Muy satisfecho..... 5

OBSERVACIONES:

