

SECRETARÍA DE SALUD

Encuesta Nacional de Salud 2000 Cuestionario de Utilización de Servicios de Salud

| IDENTIFICACIÓN GEOGI | RÁFICA | CONTROL DE CUESTION | ARIO |
|--|--|---|--|
| ENTIDAD FEDERATIVA | (48844)_/ | NÚMERO DE CONTROL | ENERO |
| MUNICIPIO O DELEGACIÓN | 01111111 | | PI,M,M,VS |
| CLAVE DE AGEB | 7 1 2 10 11 12 13 | HOGAR | DE /_/ |
| 25 26 27 28 29 30 | 28 28 30 31 | | 17 18 19 20 21 22 23 74 27 3d 27 28 V9 20 |
| MANZANA | | / COESTIONARIO | 7_0_/ DE / <u>a_/</u> |
| DIRECCIÓN DE LA VIVIEI | NDA (NOMBRE DEL JEFE DE L | A FAMILIA) | MAYO |
| D L M M 3 V S | 6 V 1, m M J 0 | | SAIMWIO |
| 8 9 10 11 12 13 14 | (CALLE AVENIDA CALLEIÓN (| CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, K | 2345678 |
| 22 23 24 25 26 27 28 | 15 9 20 21 22 23 24 | AC AC MAINO, BOOLEYARD, P | 9 10 11 12 13 14 15 (MZ |
| NÚMERO EXTERIOR NÚMER | O INTERIOR (COLONIA, FI | RACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD | HABITACIONAL AS AS AS AS AS |
| RESULTADO DE LA VISITA | NOVIEMBRE | OCTUBRE | SEPTIEMBRE |
| NÚMERO DE LA VISITA | 8 V I M M J G | 2a. | ÚLTIMA VISITA |
| NOMBREY CLAVE DEL ENTREVISTADOR | 7 8 9 10 11 12 13 | 3 4 5 6 7 8 9 10 11 1 <u>7 1 14 15 1</u> 0 | 5 6 7 8 9 10 11 12 13 44 19 19 19 17 18 |
| HORA DE INICIO | 21 22 23 24 25 26 27 | 17 18 19 20 21 22 23 24 2 3 20 21 22 24 2 4 20 27 1 22 22 1 | 19 20 21 22 23 24 25 26 37 24 20 10 1 1 |
| HORA DE TÉRMINO | | 116 | // |
| FECHA (dd mm aaaa) | I—I—I—I—I—I | | LI ENERO |
| RESULTADO (*) | <i>IJ</i> | // | |
| (*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO | DE LA VISITA | | Drwwars |
| 1 ENTREVISTA COMPLETA 2 ENTREVISTA INCOMPLETA 4 AUSENCIA DE OCUPANTES EN | I EL MOMENTO DE LA VISITA EL M | 5 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN 6 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CI 9 OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIO | |
| 12 12 10 10 00 01 00 | | | |
| 16 17 18 19 20 21 22 | 19 20 21 22 23 24 25 | 20 21 22 23 24 25 26 | 16 17 18 19 20 21 22 |
| 00 00 00 00 20 20 40 00 | | 20 21 22 23 24 25 26 | |
| 00 00 00 00 20 20 40 00 | 19 20 21 22 23 24 25 | RES EN EL ÚLTIMO AÑO | 16 (7 18 19 20 21 22 |

28 29 30 31

1998

NOVIEMBRE

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7

 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14

 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21

 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28

 29
 30

DICIEMBRE

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4
 5

 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12

 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19

 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26

 27
 28
 29
 30
 31

1999

ENERO

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2

 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9

 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16

 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23

 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30

 31

FEBRERO

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4
 5
 6

 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13

 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20

 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27

 28

MARZO

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4
 5
 6

 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13

 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20

 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27

 28
 29
 30
 31
 ...
 ...

ABRIL

 D
 L
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3

 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17

 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24

 25
 26
 27
 28
 29
 30

MAYO

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8

 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15

 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22

 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29

 30
 31

JUNIO

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4
 5

 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12

 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19

 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26

 27
 28
 29
 30
 31

JULIO

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3

 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17

 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24

 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31

AGOSTO

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7

 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14

 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21

 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28

 29
 30
 31
 ...
 ...
 ...
 ...

SEPTIEMBRE

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4

 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11

 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18

 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25

 26
 27
 28
 29
 30

OCTUBRE

D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

NOVIEMBRE

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4
 5
 6

 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13

 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20

 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27

 28
 29
 30
 30
 30
 30

DICIEMBRE

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4

 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11

 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18

 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25

 26
 27
 28
 29
 30
 31

2000

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8

 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15

 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22

 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29

 30
 31

ENERO

FEBRERO

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4
 5

 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12

 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19

 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26

 27
 28
 29

MARZO

 D
 L
 M
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4

 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11

 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18

 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25

 26
 27
 28
 29
 30
 31

ABRIL

D L M M J V S
1
2 3 4 5 6 7 8
9 10 11 12 13 14 15
16 17 18 19 20 21 22
23 24 25 26 27 28 29
30

MAYO

 D
 L
 M
 J
 V
 S

 1
 2
 3
 4
 5
 6

 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13

 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20

 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27

 28
 29
 30
 31
 **
 **

| 1. II | DENTIFICACIÓN DE UTILIZADORES DE SERVICIOS DE | SALUD |
|-------|--|--|
| 1.1 | NÚMERO DE UTILIZADORES DE ATENCIÓN MÉDICA | |
| | ¿Cuántas personas integrantes de este hogar buscaron o recibieron atención por algún problema de salud, ya sea por enfermedad, molestia o accidente? | Total de utilizadores de atención médica curativa // |
| 1.2 | NÚMERO DE UTILIZADORES DE SERVICIOS PREVENTIVOS | Total de utilizadores de servicios preventivos/// |
| | ¿Cuántes personas integrantes de este hogar buscaron o recibieron servicios preventivos, en los últimos 12 meses? | |
| | | TOTAL DE UTILIZADORES// |

VERIFIQUE EL TOTAL DE UTILIZADORES REGISTRADOS EN LAS PREGUNTAS 3.15 Y 3.17, ASÍ COMO LA SUMA TOTAL DE UTILIZADORES REGISTRADOS AL FINAL DE LA SECCIÓN 3 DEL CUESTIONARIO DE HOGAR

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

| | PARA T | rodos i | LOS UT | TILIZADOR | ES |
|-------------------------------|--|---------------|---|--|---------------------------------|
| SS | LISTA DE UTILIZADORES | SE | хо | EDAD | TIPO DE INFORMANTE |
| NÚMERO DE REGISTRO DE UTILIZA | Transcriba el número de registro, nombre, sexo y edad de los integrantes del hogar marcados con "1" en el filtro que se localiza al final del cuestionario de hogar. | ARIO | | Menores de 1 año 000 No sabe 888 | Informante |
| D O R | | | | No res- | hogar2 |
| 0 | O, BARRIO, UNIDAD | AABITAC | TONAL | ponde 999 | hogar2 |
| O R E | NOMBRE | HOMBRE | MUJER | ponde 999 | hogar2 |
| O R E | | HOMBRE 1 | MUJER 2 | ponde 999 | |
| O R E | | | THAT | ponde 999 | CÓDIGO |
| O R E | | 1 | 2 | ponde 999 AÑOS | CÓDIGO |
| O R E | | 1 | 2 | AÑOS | CÓDIGO |
| O R E | | 1 1 | 2 2 | AÑOS / | CÓDIGO // // |
| O R E | | 1 1 1 | 2 2 2 2 | AÑOS | CÓDIGO // // // |
| O R E | | 1 1 1 1 1 | 2 2 2 2 2 | AÑOS | CÓDIGO |
| O R E | | 1 1 1 1 1 1 | 2 2 2 2 2 | AÑOS | CÓDIGO / / / / / / |
| O R E | | 1 1 1 1 1 1 1 | 2 2 2 2 2 2 | AÑOS | CÓDIGO / / / / / / |
| O R E | | 1 1 1 1 1 1 1 | 2 2 2 2 2 2 2 2 | AÑOS | CÓDIGO / / / / / / |
| O R E | | 1 1 1 1 1 1 1 | 2 2 2 2 2 2 2 2 2 | AÑOS | CÓDIGO / / / / / / / _ |

SI EN EL HOGAR HAY MÁS DE 12 UTILIZADORES, UTILICE OTRO CUESTIONARIO Y CONTINÚE CON LA LISTA.

2. UTILIZACIÓN Y ACCESIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS

| IDENTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD | PERIODO DE ATENCION | |
|--|---|-----------------|
| 2.1 | 2.2 | |
| En los últimos 12 meses, es decir, de de; | ¿Cuánto tiempo tiene que (UD./NOMBRE) busc atención por última vez? | ó o recibió |
| MES MES ¿alguna persona de este hogar buscó o recibió atención ambulatoria, ya sea por una enfermedad, lesión o accidente? Sí | ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS CUANDO EL SEA MENORA UNA SEMANA; ANOTE EL N DE SEMANAS CUANDO EL PERIODO SEA A UN MES; ANOTE EL NÚMERO DE MESES C PERIODO SEA MAYOR A UN MES Periodo: Días Semana Mes No sabe No responde | ### COMMENS 1 |
| | | |
| CÓDIGO | PERIODO | NÚMERO |
| código | PERIODO 1/ | NÚMERO /// |
| CÓDIGO | PERIODO // | NÚMERO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | USO DE SERVICIOS PREVENTIVOS | PERIODO DE USO PREVEN | TIVOS | MOTIVO DE ATENC | ION |
|------------------------------------|--|---|--|---|---|
| NÚMERO DE REGISTRO DE UTILIZADORES | Además de problemas de salud ¿alguna persona de este hogar buscó o recibió atención en los últimos 12 meses por vacunación? | CUANDO EL PERI A UNA SEMAI NÚMERO DE SEM PERIODO SEA M (4 SEMANAS); AN DE MESES CUAN SEA MAYO | me que (UD./ recibió atención por s por última vez? MERO DE DÍAS ODO SEA MENOR NA; ANOTE EL ANAS CUANDORL LENOR A UN MES OTE EL NÚMERO DO EL PERÍODO RA UN MES AS O MÁS) 1 2 2 3 8 | ¿Cuál fue el principal motiv (UD./NOMBRE) recibió ater ocasión? Diarreas Infecciones respiratorias Parasitosis intestinal Otitis media Enfermedad exantemática (varicel: rubeola) Fiebre sin otra manifestación Cefalea o dolor de cabeza sin otra manifestación Diabetes Hipertensión arterial Artritis (reumatoide) Lesión física por accidentes Lesión física por accidentes Lesión física por agresión Asma Gota Colesterol Colesterol Colesterol Colesterol revisión del niño sano planificación familiar cuidado del embarazo prueba de Papanicolau está en rehabilitación revisión, limpieza dental, o aplicac de fluor obtención de certificado médico recibió, atención de las brigadas de salud pláticas de educación para la salud otro (ESPECIFIQUE) No sabe No responde | nción la última 01 02 03 03 04 a, 05 06 11 12 13 14 15 16 17 17 20 21 22 23 24 25 ión 26 27 28 29 77 |
| | CÓDIGO | PERIODO | NÚMERO | ESPECIFIQUE | ĆÓDIGO |
| | /// | // | <i>111</i> | | 1 |
| | | <u></u> | | | السالسار |
| | | 1 | | | |
| | _\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\ | // | <i>IJJ</i> | | <i> </i> |
| | | // | 1 | | // // |
| | | | | | |
| | Series Series - President Control | | 1-1-1 | | 1.1.1 |
| | | 1 <u> </u> | <u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u> | | '' |
| | 1 | 1 | | | |
| | | 1 | | | |
| | | 1 | | | |
| | | | | | |

| | PARA LOS UTILIZADORES | DE SERVICE | DS DE SALUD AMBULATORIOS | |
|--|--|------------|--|--|
| FILTRO | LUGAR DE ATENCIO | N | INSTITUCION DI | E ATENCION |
| | 2.6 | | 2.7 | |
| LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LA ULTIMA OCASIÓN QUE LOS UTILI- ZADORES BUSCARON O RECIBIERON SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS O CURATIVOS | ¿En dónde se atendió (UD./NOMB | RE)? | ¿A que institución pertenece l: (UD./NOMBRE)? | a persona que atendió a |
| | En casa del (a) entrevistado (a) | 01 | IMSS SolidaridadIMSS | |
| | Casa particular | 02 | SSA | 03 |
| | Casa partera/curandero/yerbero Casa de salud/centro de salud/UAS | | DIF DDF | |
| | Consultorio | | INI | 06 |
| | Clínica/sanatorio | | ISSSTE estatalISSSTE | |
| | Hospital Centro Médico/Institutos nacionales | | Marina/Defensa PEMEX | |
| | Centro u hospital de rehabilitación | 13 | Particular | 11 |
| | Otro(ESPECIFIQUE) | 77 | Cruz Roja Hospital civil | |
| | No sabe | | Institutos nacionales | 14 |
| | No responde | 99 | Otro No sabe | |
| | | | No responde | |
| | ESPECIPIQUE | CODIGO | CÓDIGO | |
| | | <i>'</i> | | States and the states of the s |
| | | <u></u> | <u> </u> | |
| | | // | | |
| • 101 Parks | | / / / / | <u> </u> | |
| | | | <u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u> | |
| | PERIOR CREATER POPULATION CONTRACTOR CONTRAC | // | / | |
| | | 1_1_1 | an sa shi a annad A <u>rtal</u> | |
| | | <i>'</i> | // | |
| | | 1 | <u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u> | Y SERVICE STATE OF THE SERVICE |
| ্ - ্রণাধ্যসূত্রকাক | | <i>I</i> | | |
| | | | , | |

| | PARA LOS | UTILIZADORES DE SERVICIOS DE SALUI | AMBULATORIOS |
|---------------------------------|--|---|---|
| | FILTRO | PAGO DE TRASLADO | TIEMPO DE TRASLADO |
| | | 2.8 | 2.9 |
| N Ú M E R O | SI SE ATENDIÓ EN CASA DEL ENTREVISTADO (VEA PREGUNTA 2.6 = 01), PASE A LA PREGUNTA 2.10 | ¿Cuánto pagó para llegar hasta ese lugar? | ¿Aproximadamente cuánto tiempo tardó en llegar al lugar en donde lo (la) atendieron? |
| E | | No pagó00000 | No sabe |
| R E G | | No sabe 88888 | No responde |
| I S T R O D E U T I L I Z A D O | | ANOTE LA CANTIDAD EN PESOS | ANOTE LAS HORAS Y MINUTOS |
| R E S | | código | HORAS Y MINUTOS |
| | | 1 | HORAS // MINUTOS /// |
| | | 1.1.1.1.1.1.1.1 | HORAS //_MINUTOS // |
| | | /// | HORAS /// MINUTOS /// |
| | | 1 1 1 1 1 | HORAS // MINUTOS // |
| | | /// | HORAS /// MINUTOS /// |
| 14. | | | HORAS /// MINUTOS //_/ |
| <u> </u> | | | HORAS /// MINUTOS /// |
| | | | HORAS /// MINUTOS /// |
| | | <i> </i> | HORAS // MINUTOS // |
| | | | HORAS//_/MINUTOS//_/ |
| | | 1/// | HORAS // MINUTOS /// |
| | | | HORAS /// MINUTOS /// |

-

| PARA LOS UTILIZADORES DE SERV | /ICIOS DE SALUD AMBULATORIOS |
|---|--|
| TIEMPO DE ESPERA | PERCEPCION DE CALIDAD |
| 2.10 | 2.11 |
| ¿Aproximadamente cuánto tiempo tuvo que esperar (UD./NOMBRE) para que lo (la) atendieran? | ¿El servicio que le dio la persona que lo atendió, le pareció |
| No sabe 8888 No responde 9999 ANOTE LAS HORAS Y MINUTOS | muy bueno? 1 bueno? 2 regular? 3 malo? 4 muy malo? 5 No sabe 8 No responde 9 |
| HORAS Y MINUTOS | CODIGO |
| HORAS /// MINUTOS /// | // |
| HORAS//MINUTOS// | |
| HORAS // MINUTOS /// | // |
| HORAS /// MINUTOS /// | |
| HORAS // MINUTOS // | // |
| HORAS /// MINUTOS //_/ | |
| HORAS //_MINUTOS // | // |
| HORAS / / MINUTOS / / | |
| HORAS /// MINUTOS // | II |
| HORAS ///MINUTOS /// | |
| HORAS / / / MINUTOS / / / | / |
| HORAS // MINUTOS // | |

| | | LADORES DE SERVICIOS DE SALUI | Company of the Compan |
|------------------------------------|--|---|--|
| | COBRO DE ATENCIÓN | CANTIDAD | OPINIÓN DEL COSTO |
| N | 2.12 | 2.13 | 2.14 |
| NÚMERO DE REGISTRO DE UTILIZADORES | ¿Le cobraron por la atención que recibió? Sí | SIAÚN ESTÁ PAGANDO PREGUNTE POR EL TOTAL ANOTE LA CANTIDAD EN PESOS No sabe | ¿Lo que le cobraron le pareció muy caro? 1 caro? 2 regular? 3 barato? 4 muy barato? 5 No sabe 8 No responde 9 |
| | códico | CÓDIGO | CÓDIGO |
| | 11 | <i> </i> | // |
| | <u></u> | 1 <u>11111</u> | <u></u> |
| | 1 | III | // |
| | ing y | 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1 | <i>I</i> / |
| | 11 | //// | // |
| | | 1_1_1_1_1 | |
| | / <u></u> / | 111 | 11 |
| | | <u> </u> | <u> </u> |
| | 11 | <i></i> | // |
| | 1.1 | <u> </u> | |
| | 11 | <i> </i> | <i>II</i> |
| . , | | | |

| PARA LOS UTILIZADORES DE | SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS |
|--|---------------------------------|
| MEDICAMENTOS | CANTIDAD QUE PAGÓ |
| 2.15 | 2.16 |
| ¿Durante la consulta le recetaron medicinas? | ¿Pagó por las medicinas? |
| | ANOTE LA CANTIDAD EN PESOS |
| Si1 | Sí¿Cuánto? |
| No | No pagó 00000 |
| No sabe | No sabe |
| No responde9 2.17 | No responde99999 |
| | |
| CÓDIGO | CÓDIGO |
| 1. 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| <u> </u> | |
| | |
| 11 | |
| | |

| | | LIZADORES DE SERVICIOS DE SA | LUD AMBULATORIOS |
|--|--|--|--|
| | EXÁMENES | REALIZACIÓN DE EXÁMENES | PAGO DE EXÁMENES |
| N | 2.17 | 2.18 | 2.19 |
| M E R O | ¿En la consulta le pidieron a (UD./NOMBRE) que se hiciera algún examen de laboratorio (sangre, orina) o gabinete (rayos x, ultrasonido, electrocardiograma, tomografía)? | ¿Se hizo (UD./NOMBRE) los exámenes de laboratorio (sangre, orina) o gabinete (rayos x, ultrasonido, electro- cardiograma, tomografía)? | ¿Pagó por los exámenes de laboratorio (sangre, orina) o gabinete (rayos x, ultrasonido, electrocardiograma, tomografía)? |
| D E | | | ANOTE LA CANTIDAD EN PESOS |
| R E | Sí (al menos uno) I | Sí1 | Sí ¿Cuánto? |
| G | Ninguno 2 Pase | No2 | No pagó 00000 |
| S T | No sabe | Tiene cita para después 3 | No sabe |
| R U | No responde | No sabe 8 | No responde 99999 |
| D E | | No responde 9 2.20 | |
| U | A. Laboratorio | | |
| I L I Z A D O R E S | (ESPECIFIQUE) B. Gabinete (ESPECIFIQUE) | | |
| | ESPECIFIQUE CÓDIGO | CÓDIGO | CANTIDAD |
| | A // B// | 11 | 111 |
| | A// B// | 1_1 | |
| | A // B// | <i>11</i> | 1111 |
| | A <i>J/ BJ</i> | | 1 |
| | A // B// | 1/ | //// |
| | A//B// | | 1 J J J J |
| | A // B// | II | IJJJ |
| | A//B// | $-\omega$ | |
| | A // B// | II | 11111 |
| 17.0.20 | A//.B// | and the state of t | |
| | A // B// | 1 | 11111 |
| | A/ | | <i>J. J. J. J. J</i> |

| OTROS GASTOS | OTRA CANTIDA | AD DE GASTOS |
|---|---|--|
| 2.20 | 2.2 | 1 |
| ¿Aparte de lo que ya me dijo, tuvo otros gastos por atenderse o por la atención de (UD./NOMBRE)? | ¿En qué y cuantó gastó? | |
| | NO ANOTE GASTOS DE TRANSPORTE, CONSULTA DE LABORATORI | , MEDICINAS, ANÁLISIS |
| Sí 1 | A. Otros gastos médicos | |
| No | B. Comida/hospedaje | |
| No sabe | C. Otros gastos | |
| No responde9 | (ESPECIFIQUE | Ε) |
| | No sabe | 88888 |
| | No responde | 99999 |
| | | |
| | | |
| CÓDIGO | ESPECIFIQUE | ĊÓDIGO |
| CÓDIGO // | ESPECIFIQUE | NBIC |
| CÓDIGO // | ESPECIFIQUE | NBC |
| | ESPECIFIQUE | NBC NBBC |
| | ESPECIFIQUE | NBC NBC |
| | | A |
| | ESPECIFIQUE | A B C |
| | | A |
| | | ABIC NBIC NBIC NBIC NBIC NBI N |
| | | A |
| | | A B C A C |

| RESULTADOS DE LA ATENCIÓN | SATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN | MOTIVOS DE INSATISFACO | CIÓN |
|--|--|--|-------------------------------------|
| 2.22 | 2.23 | 2.24 | |
| Después de la última atención que recibió ¿considera (UD./NOMBRE) que su estado de salud | ¿Si usted tuviera oportunidad de escoger, regresaría a ese mismo lugar para atenderse? | ¿Por qué no regresaría? | |
| Mejoró mucho? 1 Mejoró? 2 No cambió? 3 Empeoró? 4 Empeoró mucho? 5 No sabe 8 No responde 9 | Sí | Lo trataron mal No estuvo de acuerdo con el diagnóstico No estuvo de acuerdo con el tratamiento No se curó Era caro el servicio Generalmente estaba cerrado Lo refirieron a otro lado Estaba lejos Lo hicieron esperar mucho No había medicamentos/materiales No le sirve el medicamento Otro | 02 03 04 05 06 10 11 12 13 14 77 88 |
| CÓDIGO | CÓDIGO | ESPECIFIQUE | CÓDIGO |
| 11 | 11 | | //_ |
| <i></i> | 4.1 | | //_ |
| // | <u></u> | | //_ |
| | ℓJ | | //_ |
| <i>II</i> | // | | //_ |
| | | | <i>1</i> |
| | <u></u> | | //_ |
| 1 / / | | | //_ |
| <u> </u> | | The state of the s | |
| | <i>j. j. j.</i> | | //_ |
| <i>11</i> | | | |
| | | | !!_ !!_ |

| PARA LOS UTILIZADORES DE S | ERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS | | |
|--|--|---|--|
| CALIDAD DE LA ATENCIÓN | BUENA CALIE | DAD | |
| 2.25 | 2.26 | | |
| ¿En general, la calidad de la atención que recibió fue | ¿Por qué le pareció (MUY BUENA O BUENA) la atención que recibi | | |
| muy buena? 1 | Tiempo de espera corto Buen horario/dan servicio cuando se necesita . | 02 | |
| buena? 2 | Es barato El personal está bien preparado | | |
| regular? | El personal tiene experiencia Medicamentos/materiales y equipo suficientes/limpio de buena calida | | |
| mala? | El personal lo trató bien/es amable/cortes | 10 | |
| muy mala? 5 | Le tiene confianza al personalEl personal lo conoce de hace tiempo | 12 | |
| No sabe | Lo revisaron bien/lo midieron/pesaron/le toma La curación o tratamiento estuvo bien | | |
| | Le dedicaron suficiente tiempo en la consulta . | 15 | |
| No responde9 a 3.1 | Le explicaron bien lo que tiene o cómo usar la Mejoró con el tratamiento | | |
| | Buenos resultados en su salud/se curó/se mejo | | |
| | Lo atendieron como debe ser/como esperaba Otro | 77 | |
| | (ESPECIFIQUE) No sabe | 00 | |
| | No responde | | |
| | Pase a 3. | 1. | |
| CÓDIGO | ESPECIFIQUE | CÓDIGO | |
| 11 | | /// | |
| | | | |
| // | | | |
| | | | |
| | | , | |
| | | en et kombolisia kaputa (2011) — huski bilanu — eli | |
| | | | |
| | | | |
| , , | | | |
| // | | <i> </i> | |
| // | | | |
| | | | |

| | PARA LOS UTILIZADORES DE SERV | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| | MALA CALID | DAD | |
| N | 2.27 | | |
| Ú M | ¿Por qué le pareció (REGULAR, MALA O MUY MALA) la | atención que recibió? | |
| E R | Esperó mucho | | |
| o | No le conviene el horario/no atienden cuando se necesita | | |
| D | Es caro | | |
| Е | Material/medicinas o equipo insuficiente o son de mala ca | ılidad, sucio 04 | |
| R | El personal no tiene experiencia | | |
| E G | El médico está mal preparado/no sabe | | |
| Lo trataron mal/fue grosero | | | |
| Т | Le tiene desconfianza | | |
| R O | Le cambian de médico No lo revisaron/no lo checaron | | |
| D | Lo lastimaron/lo curaron o inyectaron mal | | |
| E | No le explicó/no le dijo qué tenía | | |
| U | La consulta fue muy corta o apresurada | | |
| T | No mejoró/no se ha compuesto/sólo le calma el dolor pero | | |
| L | No le sirvió la medicina/los medicamentos no lo aliviaron | | |
| I Z No lo atendieron como esperaba | | | |
| A | Otro | | |
| D O | No sabe | | |
| R E | No responde | | |
| S | | TA 2 OPCIONES | |
| | | | |
| | ESPECIFIQUE | CÓDIGO | |
| | | III | |
| | | 1 <u> </u> | |
| | | l | |
| | | | |
| | 112. parasiyasin anterior in distribution in 1978 din | <i>111</i> | |
| | | | |
| | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | Control of the contro | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| b. 160 | | | |

3. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

| PARA TODOS LOS UTILIZADORES | PARA TODOS LOS HOSP | ITALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO |
|--|---|--|
| HOSPITALIZACIONES EN EL ÚLTIMO AÑO | NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES | MOTIVOS DE LA ÚLTIMA HOSPITALIZACIÓN |
| 3.1 | 3.2 | 3.3 |
| De199 , ade; (MES) (MES) es decir, durante este último año ¿alguna persona de este hogar estuvo hospitalizado o internado? | ¿Cuántas veces estuvo internado (a) (UD/NOMBRE) durante el último año? | ¿(UD./NOMBRE) estuvo internado por el mismo motivo cada una de las veces? |
| Sí 1 ¿Quién? | 7 y más 7 | Sí l |
| _ | No sabe 8 | No 2 |
| No | No responde9 | No sabe 8 No responde 9 |
| No responde9 TERMINE EL CUESTIONARIO DE UTILIZACIÓN | SI ES SÓLO UNA VEZ PASE A 3.4 | |
| CÓDIGO | CÓDIGO | cóbico |
| // | / <u></u> ./ | // |
| <i></i> / | | |
| 11 | // | // |
| 2 | | |
| / <u></u> / | <i></i> / | JJ |
| <i></i> | | |
| 11 | 11 | // |
| 11 | | |
| ll | II | // |
| | | <u> </u> |
| // | <u></u> | / |
| | | |

| | | LA ÚLTIMA | INSTITU | JCIÓN | NÚMERO DE DÍAS DE | CANTIDAD QUE PAGÓ |
|--------------------------------------|--|--|--|------------------------|---|--|
| | HOSPITAL 3. | | 3.5 | | HOSPITALIZACIÓN | |
| N Ú M E R O D E | Ahora le preg última vez qui internado: ¿P motivo se hos (UD./NOMBR | untaré por la e estuvo or qué pitalizó? | | de estuvo NOMBRE) a | 3.6 ¿Cuantós días estuvo (lleva) internado (UD./NOMBRE) en ese hospital, clínica o sanatorio? | 3.7 ¿Cuánto le cobraron en total por la atención hospitalaria de (UD./NOMBRE) (incluyendo hospitalización, honorarios médicos, medicinas, estudios)? ANOTE LA CANTIDAD |
| REGISTRO DE UTILIZADOR | Enfermedad Lesiones física accidentes Lesiones física agresiones Parto Cesárea Problemas de e y puerperio Examen/chequ | | Marina/Defensa PEMEX Particular Cruz Roja Hospital civil | | No sabe | Todavía está hospitalizado |
| E S | | | | | DÍAS | PESOS |
| E | ESPECIFIQUE | сбыдо | ESPECIFIQUE | CÓDIGO | DÍAS | PESOS |
| E | ESPECIFIQUE | сбыдо | ESPECIFIQUE | cópigo | | СбЫGO |
| E | ESPECIFIQUE | сбысо //_/ | ESPECIFIQUE | CÓDIGO | | |
| E | ESPECIFIQUE | cóbigo //_/ //_/ | BSPECIFIQUE | CÓDIGO /// | | CóDIGO |
| E | ESPECIFIQUE | !! | BSPBCIFIQUE | | | CÓDIGO |
| E | ESPECIFIQUE | | ESPECIFIQUE | | CÓDIGO | CÓDIGO |
| E | ESPECIFIQUE | | ESPECIFIQUE | | | CÓDIGO |
| E | ESPECIFIQUE | | ESPECIFIQUE | | (ODIGO | CÓDIGO |
| E | ESPECIFIQUE | | ESPECIFIQUE | | (ÓDIGO | CÓDIGO |
| E | ESPECIFIQUE | | ESPECIFIQUE | | (ODIGO | CÓDIGO |
| E | ESPECIFIQUE | | ESPECIFIQUE | | | CÓDIGO _ _ _ _ _ _ |
| E | ESPECIFIQUE | | ESPECIFIQUE | | (ÓDIGO | CÓDIGO |

| FORMA DE PAGO | 0 | TROS GASTOS |
|--|--|--------------------------------------|
| 3.8 | | 3.9 |
| ¿Cómo pagó por la atención que recibió (UD./NOMBRE)? | ¿Por la atención hospitalar de gasto? | ia de (UD./NOMBRE) realizó otro tipo |
| | IN. | CLUYA PASAJES; ALIMENTOS |
| con dinero propio? 1 | Sí | 1 |
| con dinero prestado? 2 | | 2 |
| a crédito (tarjeta de crédito)? 3 | No sabe | 8 |
| Con trabajo (servicio)4 | No responde | 9 |
| En especie 5 | ANOTE | LA CANTIDAD |
| Aún debe 6 | | PESOS |
| No sabc 8 | | 0000000 |
| No responde9 | | |
| | Į. | |
| | | |
| | | |
| сбыдо | OTRO | CÓDIGO |
| с брі с о | OTRO // | |
| | // | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

REGISTRE TODAS LAS OPCIONES

| | PARA TODOS LOS I | HOSPITALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO | | |
|------------------|--|---|------------------|--|
| | SATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN | MOTIVO DE LA INSATISFACCIÓN | | |
| 3.10 | | 3.11 | | |
| N Ú M | ¿Si usted tuviera la oportunidad de escoger regresaría a ese mismo lugar para hospitalizarse? | ¿Porqué no regresaría? | | |
| E R O | Sí | Lo trataron mal | 01 | |
| D | No2 | No estuvo de acuerdo con el diagnóstico | 02 | |
| E | Tiene dudas 8 | No estuvo de acuerdo con el tratamiento | 03 | |
| R E | No responde9 3.12 | No mejoró | 04 | |
| G I | | Era caro el servicio | | |
| S | | Estaba lejos de su casa | 06 | |
| R O | | No había medicamentos/materiales | 10 | |
| D E | | No dejaron entrar a sus familiares | | |
| U | | Otro(ESPECIFIQUE) | | |
| T I | | No sabe | | |
| L I Z | | No responde | | |
| O R E S | | REGISTRE HASTA 3 C | OPCIONES | |
| | cópigo | RSPECIFIQUE | сбысо | |
| | // | | | |
| | | | 7 | |
| | / <u></u> / | | 111 | |
| | | | 1 | |
| | | | //////////////// | |
| | | | 1 | |
| F Yourse | | | 1 | |
| | . | | | |
| resulte o | // | | / | |
| | | | <i>'</i> | |
| | // / 2 1 2 17 18 4 4 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 | | | |
| | | | | |

| PARA TODOS LOS HOSPII | TALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO | |
|---|--|-------------------|
| CALIDAD DE ATENCIÓN | BUENA CALI | DAD |
| 312 | 3.13 ¿Por qué le pareció (MUY BUENA O BUENA) la atención que recibió? | |
| ¿En general la calidad de la atención que recibió fue | | |
| muy buena? 1 | Es barato | 01 |
| buena? 2 | El personal está bien | |
| regular?3 Pase | preparado | 02 |
| mala?4 a | El personal tiene experiencia | 03 |
| muy mala? <u>5</u> | Lo trataron bien | 04 |
| No sabe | Medicamento material y equipo es suficies | |
| No responde9 | La operación o tratamiento estuvo bien | |
| TERMINE CUESTIONARIO | Buenos resultados en su salud/se curó/se n | |
| DE UTILIZACION | Otro | 77 |
| | (ESPECIFIQUE) No sabe | |
| | No responde | |
| | • | |
| | TERMINE CUESTIO DE UTILIZACIO | NARIO N |
| | Vastarian and Santarian Santarian | |
| | REGISTRE HASTA 3 O | PCIONES |
| CÓDIGO | ESPECIFIQUE | CÓDIGO |
| II | | <i> </i> |
| | | |
| II | | 1 |
| | | |
| IJ | | 1_1_11_1_11_1 |
| | A Committee of the Comm | 1_1_1_1_1_1 |
| II | | 1JJ1J1J |
| | | الدالدالدا |
| // | | <i> </i> |
| | | ت السال السال |
| | 報義 (教教教権・教育を経験を表示し、対象を開発が285m4を24766とし、 、 にはない | _ _ _ _ _ |
| | | |

| | PARA TODOS LOS HOSPITALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO | | | |
|---------------------------------|--|--|--------------|--|
| | FILTRO | MALA CALIDAD | | |
| N Ú M E | SÍ EN 3.12 =3, 4, 5, APLIQUE 3.14 | 3.14 ¿Porqué le pareció (REGULAR, MALA O MUY MALA) la atenció | ón que recil | bió? |
| R O | | Es caro el servicio | | 01 |
| D E | | El personal no tiene experiencia | | 02 |
| R | | Lo trataron mal | | 03 |
| E G | | El material/medicinas o equipo es insuficiente o de mala calidad/sucio | ٠ | 04 |
| I S | | La operación o el tratamiento fue malo | | 05 |
| T R O | | Malos resultados en su salud/no se curó/no mejoró/no se alivió | | 06 |
| D | | No lo atendieron como esperaba | | 10 |
| E | | OtroESPECIFIQUE | | 77 |
| U T | | No sabe | | 88 |
| l L | | No responde | | 99 |
| Z A D O R E S | | REGISTRE HASTA 3 OPCIO | NES | TERMINE CUESTIONARIO DE UTILIZACIÓN |
| | | ESPECIFIQUE | | CÓDIGO |
| | | | /_ | |
| | | | / | |
| | | | /_ | |
| | | | <u> </u> | |
| | | | / | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | en e | | danul land mul land |
| | | | 1.44 | |
| general | | | | <u></u> |
| | | | | <u></u> |

RESPETO A LAS PERSONAS

De acuerdo con el Artículo 13, párrafo primero, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor: "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y su bienestar".

OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el Artículo 42, párrafo primero, de la Ley de Información Estadística y Geográfica, en vigor: "Los informantes estarán obligados a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y a prestar el auxilio y cooperación que requieran las mismas".

| la Salud, en vigor: "En las inve | Artículo 16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación par stigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación resultados lo requieran y éste lo autorice. |
|---|---|
| informes que los particulares p manejados para efectos de esta I | o 38, de la Ley de Información Estadística y Geográfica, en vigor; enuncia: "Los datos roporcionen para fines estadísticos o provengan de registros administrativos o civiles, será ey, bajo la obsevancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarso nativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio |
| | OBSERVACIONES |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | SUPERVISADO POR | CODIFICADO POR | CAPTURADO POR |
|---------|-----------------|----------------|---------------|
| Nombre: | | | |
| Clave: | | 1 | 1 |
| Fecha: | | | |