

SECRETARÍA DE SALUD

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

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA _____ / / / /

MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____ / / / /

CLAVE DE AGEB _____ / / / / / /

LOCALIDAD _____ / / / / / /

MANZANA _____ / / / /

CONTROL DE CUESTIONARIO

NÚMERO DE CONTROL / / / / / /

FOLIO DE VIVIENDA / / / / / /

HOGAR / / / / DE / / / /

CUESTIONARIO / / / / DE / / / /

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA (NOMBRE DEL JEFE DE LA FAMILIA)

(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM)

NÚMERO EXTERIOR _____ NÚMERO INTERIOR _____ (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

RESULTADO DE LA VISITA

NÚMERO DE LA VISITA	1a.	2a.	ÚLTIMA VISITA _____
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_____ / / / / / /	_____ / / / / / /	_____ / / / / / /
HORA DE INICIO	_____ / / / / / /	_____ / / / / / /	_____ / / / / / /
HORA DE TÉRMINO	_____ / / / / / /	_____ / / / / / /	_____ / / / / / /
FECHA (dd mm aaaa)	_____ / / / / / /	_____ / / / / / /	_____ / / / / / /
RESULTADO (*)	_____ / /	_____ / /	_____ / /

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1 ENTREVISTA COMPLETA | 5 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN |
| 2 ENTREVISTA INCOMPLETA | 6 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA) |
| 4 AUSENCIA DE OCUPANTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA | 9 OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES) |

NÚMERO TOTAL DE UTILIZADORES EN EL ÚLTIMO AÑO _____

NÚM. DE REGISTRO DE UTILIZADORES	RESULTADO DE LA ENTREVISTA	NÚM. DE REGISTRO DE UTILIZADORES	RESULTADO DE LA ENTREVISTA
_____ / / / /	_____ / /	_____ / / / /	_____ / /
_____ / / / /	_____ / /	_____ / / / /	_____ / /
_____ / / / /	_____ / /	_____ / / / /	_____ / /
_____ / / / /	_____ / /	_____ / / / /	_____ / /

1998

NOVIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
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	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				

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

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	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	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. IDENTIFICACIÓN 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

¿Cuántas personas integrantes de este hogar buscaron o recibieron servicios preventivos, en los últimos 12 meses?

Total de utilizadores de servicios preventivos / ___ / ___ /

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 TODOS LOS UTILIZADORES						
NÚMERO DE REGISTRO DE UTILIZADORES	LISTA DE UTILIZADORES	SEXO		EDAD	TIPO DE INFORMANTE	
	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.					ANOTE EL CÓDIGO "1" SI LA INFORMACIÓN ES PROPORCIONADA POR EL UTILIZADOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ANOTE EL CÓDIGO "2" SI LA INFORMACIÓN ES PROPORCIONADA POR EL JEFE DEL HOGAR O INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DE HOGAR
				Menores de 1 año ... 000	Utilizador 1	
				No sabe 888	Informante o jefe de hogar 2	
				No responde ... 999		
		NOMBRE	HOMBRE	MUJER	AÑOS	CÓDIGO
			1	2	____	__
			1	2	____	__
			1	2	____	__
			1	2	____	__
			1	2	____	__
			1	2	____	__
		1	2	____	__	
		1	2	____	__	
		1	2	____	__	
		1	2	____	__	

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

PARA LOS UTILIZADORES DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS

N Ú M E R O D E R E G I S T R O D E U T I L I Z A D O R E S	COBRO DE ATENCIÓN	CANTIDAD	OPINIÓN DEL COSTO
	2.12	2.13	2.14
	¿Le cobraron por la atención que recibió?	¿Cuánto le cobraron por la atención?	¿Lo que le cobraron le pareció...
	Sí 1	No sabe 88888	muy caro? 1
	Aún está pagando 3	No responde 99999	caro? 2
	No 2		regular? 3
	No sabe 8		barato? 4
	No responde 9		muy barato? 5
			No sabe 8
			No responde 9
	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_
	/	_/_/_/_/_/_/_/_	_/_

**SI AÚN ESTÁ PAGANDO
PREGUNTE POR EL TOTAL**

**ANOTE LA CANTIDAD EN
PESOS**

**Pase
a
2.15**

**Pase
a
2.15**

PARA LOS UTILIZADORES DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS

N
Ú
M
E
R
O

D
E

R
E
G
I
S
T
R
O

D
E

U
T
I
L
I
Z
A
D
O
R
E
S

RESULTADOS DE LA ATENCIÓN

SATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN

MOTIVOS DE INSATISFACCIÓN

2.22

2.23

2.24

**Después de la última atención que recibí
¿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?

- Mejóro mucho? 1
- Mejóro? 2
- No cambió? 3
- Empeoró? 4
- Empeoró mucho? 5
- No sabe 8
- No responde 9

- Sí 1 **Pase a 2.25**
- No 2
- Tiene dudas 8 **Pase a 2.25**
- No responde 9

- Lo trataron mal 01
- No estuvo de acuerdo con el diagnóstico 02
- No estuvo de acuerdo con el tratamiento 03
- No se curó 04
- Era caro el servicio 05
- Generalmente estaba cerrado 06
- Lo refirieron a otro lado 10
- Estaba lejos 11
- Lo hicieron esperar mucho 12
- No había medicamentos/materiales 13
- No le sirve el medicamento 14
- Otro 77
(ESPECIFIQUE)
- No sabe 88
- No responde 99

CÓDIGO

CÓDIGO

ESPECIFIQUE

CÓDIGO

3. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

PARA TODOS LOS UTILIZADORES	PARA TODOS LOS HOSPITALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO	
HOSPITALIZACIONES EN EL ÚLTIMO AÑO	NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES	MOTIVOS DE LA ÚLTIMA HOSPITALIZACIÓN
<p style="text-align: center;">3.1</p> <p>De _____ 199 , a _____ de _____ ; (MES) (MES)</p> <p>es decir, durante este último año ¿alguna persona de este hogar estuvo hospitalizado o internado?</p> <p>Sí 1 ¿Quién?</p> <p>No 2 No sabe 8 No responde 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>TERMINE EL CUESTIONARIO DE UTILIZACIÓN</p> </div>	<p style="text-align: center;">3.2</p> <p>¿Cuántas veces estuvo internado (a) (UD/NOMBRE) durante el último año?</p> <p>7 y más 7 No sabe 8 No responde 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>SI ES SÓLO UNA VEZ PASE A 3.4</p> </div>	<p style="text-align: center;">3.3</p> <p>¿(UD./NOMBRE) estuvo internado por el mismo motivo cada una de las veces?</p> <p>Sí 1 No 2 No sabe 8 No responde 9</p>
CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /

PARA TODOS LOS HOSPITALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO

FORMA DE PAGO	OTROS GASTOS
3.8	3.9
<p>¿Cómo pagó por la atención que recibió (UD./NOMBRE)?</p> <p>con dinero propio? 1</p> <p>con dinero prestado? 2</p> <p>a crédito (tarjeta de crédito)? 3</p> <p>Con trabajo (servicio) 4</p> <p>En especie 5</p> <p>Aún debe 6</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>	<p>¿Por la atención hospitalaria de (UD./NOMBRE) realizó otro tipo de gasto?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;">INCLUYA PASAJES, ALIMENTOS</div> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;">ANOTE LA CANTIDAD EN PESOS</div> <p>Ninguno 000000</p> <p>No sabe 888888</p> <p>No responde 999999</p>

CÓDIGO	OTRO	CÓDIGO
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _

REGISTRE TODAS LAS OPCIONES

