

**OBSERVATORIO CIUDADANO EN SALUD  
-HOSPITALES GENERALES Y CENTROS DE SALUD-**

**MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE SERVICIO:** Urgencias

Hospitalización

Consulta médica

Otro \_\_\_\_\_

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_

**GÉNERO:** Hombre

Mujer

Edad

**¿Es usted paciente o familiar?**

a) Paciente

b) Familiar/acompañante

**ACCESO**

**1.- ¿Qué medio de transporte usa para llegar al hospital/centro de salud?**

a) Transporte público    b) Taxi    c) Aplicación (Didi, Uber, Indrive)    d) Particular    e) Caminando

**2.- ¿El hospital/centro de salud cuenta con estacionamiento suficiente?**

a) Si    b) No    Explique: \_\_\_\_\_

**3.- ¿Cuenta con rampas y cajones para discapacitados suficientes y en buen estado?**

a) Si    b) No    Explique: \_\_\_\_\_

**CONDICIONES DEL HOSPITAL**

**4.- ¿Observa usted que las instalaciones se encuentran limpias?**

a) Si    b) No.    Explique: \_\_\_\_\_

**5.- ¿El mobiliario y la ropa hospitalaria es suficiente y se encuentra en buen estado?**

a) Si    b) No.    Explique: \_\_\_\_\_

**6.- ¿Hay suficiente iluminación en el área?**

a) Si    b) No.    Explique: \_\_\_\_\_

**7.- ¿La ventilación es adecuada?**

a) Si    b) No.    Explique: \_\_\_\_\_

**8.- ¿El área de espera cuenta con suficientes asientos?**

a) Si    b) No.    Explique: \_\_\_\_\_

**9.- ¿Los sanitarios se encuentran limpios y en buen estado?**

a) Si    b) No    Explique: \_\_\_\_\_

**10.- ¿El hospital cuenta con espacios para ingerir alimentos (palapas, comedor, etc.)?**

a) Si    b) No    Explique: \_\_\_\_\_

