



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN
1ª. CALLE ORIENTE Y 9 AV. NORTE No. 8,
BARRIO CONCEPCIÓN, LA UNIÓN
TEL. 2684-0600 y fax: 2684—0630



HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN
MECANISMO DE PARTICIPACION CIUDADANA
AÑO 2015

Actualmente se operativizan mecanismos de Participación ciudadana, que a continuación se detallan:

➤ **Oficina por el derecho a la salud:**

- Horario de Atención lunes-viernes de 7:30am-3:30pm
- Tipo de Atención: Solicitudes, Quejas y Avisos

➤ **Comité de técnicas interactivas:**

-Buzones de sugerencias:

- Para esta técnica se utilizan formularios preestablecidos
- Están ubicados en Consulta Externa 1
- Emergencia 1
- Hospitalización 1
- Apertura y Análisis de los buzones de sugerencias se realizan una vez por mes

➤ **Ventana del director:**

- Para esta técnica se utilizan formularios elaborados por el comité de Técnicas Interactivas
- Esta técnica se realiza una vez por mes

➤ **Programa Radial:**

- Radio Fonseca: Martes 11:15am-12:00md
- Radio Getsemaní y Revelación: Viernes 1:30-2:30pm

HOSPITAL NACIONAL DE LA UNION
COMITÉ DE TECNICAS INTERACTIVA
TECNICA VENTANA DEL DIRECTOR

Nombre: _____ Edad: _____ DUI: _____

Dirección: _____ Servicio: _____

Preguntas:

1. Esta satisfecho (a) con la atención recibida durante su estancia en el hospital: **SI NO**
PORQUE?

2. Como considera el trato que se le brinda en el hospital:

Muy Bueno:

Bueno:

Regular:

Malo:

3. Si estuviera en sus manos que cambiaría en el hospital:

4. Le dieron información sobre su enfermedad y cuidados a seguir:

5. Como considera la alimentación del hospital: **BUENA MALA**
PORQUE?

HOSPITAL NACIONAL DE LA UNION
COMITÉ DE TECNICAS INTERACTIVA
TECNICA VENTANA DEL DIRECTOR

Nombre: _____ Edad: _____ DUI: _____

Dirección: _____ Servicio: _____

1. Esta satisfecho (a) con la atención recibida durante su consulta en el hospital: **SI NO**
PORQUE?

2. Como considera el trato que se le brinda en el hospital:

Muy Bueno:

Bueno:

Regular:

Malo:

3. Cuanto tiempo espero para ser atendido:

3.1) 15 MINUTOS

3.2) 30 MINUTOS

3.3) 1 HORA

3.4) MAS DE 1 HORA

3.5) MAS DE 2 HORAS

4. Si estuviera en sus manos que cambiaria en el hospital:

5. Le dieron información sobre su situación de salud y cuidados a seguir:



Sugerencia o evaluación de la Atención del personal por área de servicio.

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE
EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER

En el Ministerio de Salud nos interesa mucho conocer su opinión acerca de los servicios que le brindamos para continuar mejorándolos y ofrecerle la calidad que usted y su familia se merece. Ayúdenos llenando completamente el formulario y depositándolo en el "Buzón de Sugerencia" en cualquiera de nuestros establecimientos. La información será manejada con absoluta confidencialidad. ¡Muchas gracias!

Fecha y hora: _____ Sexo: Mujer () // Hombre () Edad: _____ años

MARQUE UNA "X" BAJO LA OPCION QUE REFLEJA EL TRATO RECIBIDO POR PARTE DEL PERSONAL DE:

Personal de:	Bueno	Regular	Malo
1. Enfermería			
2. Médico			
3. Laboratorio			
4. Farmacia			
5. Archivo			
6. Limpieza			
7. Otro (especifique):			

Usted vino a este establecimiento porque: Tiene cita: Consulta espontánea: Procedimiento:

Evaluación de los tiempos de espera:

- Atención médica: horas: ___ minutos: ___; lo considera, Aceptable: Inaceptable:
- Laboratorio: horas: ___ minutos: ___; lo considera, Aceptable: Inaceptable:
- Farmacia: horas: ___ minutos: ___; lo considera, Aceptable: Inaceptable:

- Entrega de medicamento(s): Completo: Incompleto: Ninguno: Si desea ampliar alguno de los puntos anteriores, hacer sugerencias, comentarlos o felicitaciones, especifique área o persona de este centro: _____

(Si necesita más espacio, utilice la parte de atrás de este formulario)