

FEDEACION DE ASOCIACIONES DE BARRIOS DE ZARAGOZA Comisión de Salud y Sanidad



ENCUESTA SOBRE LOS CENTROS DE SALUD

Realiza la encuesta la Asociación Vecinal de _____

00. EL CENTRO

ÁREA SANITARIA _____

CENTRO DE SALUD DE _____

Calle / Venida / Plaza: _____ N° _____

Año de construcción: _____ Reformado: SI / NO Año: _____

Aparte el CS tiene también consultorios. Dónde: _____

01. EL ÁMBITO URBANO:

Espacio urbano que atiende el centro de salud: consolidado en desarrollo disperso rural

Población real del ámbito del Centro de Salud: _____ habitantes % Población inmigrante: _____

Chabolismo: Si / No Residencias de Mayores: _____ Residencias de estudiantes: _____

Pirámide de edades: Anexo 1, pedirlo a la Junta de Distrito.

02. LA MOVILIDAD:

Parada de Bus próxima: Si / No Líneas: _____ Parada de Taxis próxima: Si / No

03. EL EDIFICIO

Edificio: Si / No Local: Si / No Propiedad Pública: Si / No De: DGA / Ayto.

Plantas: 1 / 2 / 3 / 4 Sótano: Si / No Con acceso de vehículos: Si / No

Ascensores: 0 / 1 / 2 Escaleras interiores: 1 / 2 / 3 Escalera de emergencia: Si / No

04. LA ACCESIBILIDAD

Aceras de acceso, mas de 2 / 4 / 6 metros Zona de esperar en el exterior: Si / No

Tipo: A pie de calle / escalera Puerta/s: 1 / 2 / 3 Automática minusválidos: Si / No

Tipo de cierre: persiana reja No tiene Ambulancia: calzada exterior / parquin

Parquin propio: No / Superficie / Sótano Reserva de aparcamiento en calle: Si / No

Hall: Si / No Zona de espera: Si / No Zona de de paso: Si / No

05. SEÑALÉTICA

Panel para información exterior al C.S.: Si / No **Pantalla Video:** Si / No
Distribución clara de las zonas de espera y de paso: Si / No
Panel informativo de Incidencias: Si / No **Buzón de Sugerencias:** Si / No
Paneles Informativos de distribución: Si / No **Señalización horizontal recorridos:** Si / No
Espacio para carteles informativos: Si / No **Espacio para folletos y trípticos:** Si / No

06. A. LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

Existe personal exclusivo para la atención telefónica **SI** **NO** (rodear lo que proceda)

Puestos de Atención Telefónica: 1 2 3 4 (rodear lo que proceda)

06. B. LA ATENCIÓN PERSONAL

Recepción: mostrador / mesas **Pantalla de protección:** Si / No **Equipo de sonido:** Si / No
Puestos de Atención: 1 / 2 / 3 / 4 **Atenciones preestablecidas o especializadas:** Si / No
Se colocan puestos o mesas puntuales: Si / No **Temas:** _____
Recepción de analíticas: Si / No mesa / estable / compartida con _____
Zona de espera: Si / No **Maquinas de Vending:** Si / No

07. LOS ESPACIOS:

Número de cubículos existentes: _____ **Salas de reuniones:** _____

Despachos:

Consultas medicas de Atención Primaria: _____ **Consultas de Enfermería:** _____

Consultas medicas de A. P. compartidas: _____ **Consultas de Enfermería compartidas:** _____

Otras consultas: ____ con lavabo, ____ sin lavabo.

Sala de descanso trabajadores: Si / No **Vestuarios:** Si / No **Duchas:** Si / No

Mobiliario de consultas y despachos en buen uso: Si / No

Mobiliario salas de espera en buen uso: Si / No **Papeleras:** Si / No

08. POBLACIÓN ATENDIDA:

Número de cartillas que asume el centro de salud: _____

Número de cartillas Adultos: _____ **Numero de cartillas Menores 14:** _____

Número más alto de cartillas por facultativo: Adultos: _____ Menores 14: _____

Media de cartillas por facultativo: Adultos: _____ Menores 14: _____

Pirámide de edad: Anexo2, pedirlo al Consejo de Salud

09. PERSONAL

Categorías	Jornada Completa	Reducción de Jornada	Media Jornada	Fijos	Interinos
Celador					
Auxiliares Administrativos					
Administrativos					
Auxiliares de enfermería					
Matrona					
Fisioterapeuta					
Enfermería					
Enfermería de A. P.					
Trabajadora social					
Especialistas A.P. (Facultativo)					
Limpieza					
Otros: determinar					
Otros: determinar					
Otros: determinar					

B. PERSONAL UNIDAD DE PSIQUIATRÍA SI EXISTE

Psiquiatra					
Psicólogo					
Enfermería					
Auxiliares de enfermería					
Otros: determinar					
Otros: determinar					

10.A. LA ATENCIÓN:

Horario de atención de lunes a viernes: de: _____ horas a _____ horas

Horario de atención en sábado: de: _____ horas a _____ horas

Horario de atención en festivos: de _____ horas a _____ horas

10. B. DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL

Categorías	Mañana	Tarde	Partida	Deslizante	Otras
Celador					
Auxiliares Administrativos					
Administrativos					
Auxiliares de enfermería					
Matrona					
Fisioterapeuta					
Enfermería					
Enfermería de A. P.					
Trabajadora social					
Especialistas en A.P.					
Otros: determinar					

ANEXO 1

10. C. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES

	Cartillas
Especialistas en A.P 1	
Especialistas en A.P 2	
Especialistas en A.P 3	
Especialistas en A.P 4	
Especialistas en A.P 5	
Especialistas en A.P 6	
Especialistas en A.P 7	
Especialistas en A.P 8	
Especialistas en A.P 9	
Especialistas en A.P 10	
Especialistas en A.P 11	
Especialistas en A.P 12	
Especialistas en A.P 13	
Especialistas en A.P 14	
Especialistas en A.P 15	
Especialistas en A.P 16	

	Cartillas
Enfermería 1	
Enfermería 2	
Enfermería 3	
Enfermería 4	
Enfermería 5	
Enfermería 6	
Enfermería 7	
Enfermería 8	
Enfermería 9	
Enfermería 10	
Enfermería 11	
Enfermería 12	
Enfermería 13	
Enfermería 14	
Enfermería 15	
Enfermería 16	

NOTAS 10.C.

ANEXO 2

10.D. ATENCIÓN CONTINUADA EL FIN DE SEMANA SI EXISTE

Categorías	Sábado Mañana	Sábado Tarde	Festivo Mañana	Festivo Tarde	Otras
Celador					
Auxiliares Administrativos					
Administrativos					
Auxiliares de enfermería					
Matrona					
Fisioterapeuta					
Enfermería					
Enfermería de A. P.					
Trabajadora social					
Especialistas en A.P.					
Otros: determinar					

NOTAS 10.D.