

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS DE MEDICINA DEPORTIVA EN CENTROS DEPORTIVOS MUNICIPALES

ENERO- FEBRERO 2012

*Estimado/a usuario/a:*

*Es nuestro deseo proporcionarle en los Centros Deportivos Municipales unos servicios y programas médicos de calidad y utilidad.*

*Por ese motivo hemos confeccionado una encuesta, en la que tratamos de conocer su opinión respecto a la atención que recibe y las sugerencias que estime oportunas para mejorar la calidad de la oferta de dichos programas y servicios.*

***Conocer su opinión es vital para que la atención del Ayuntamiento de Madrid a sus ciudadanos/as pueda mejorar.***

*Este estudio es anónimo, por lo que no se requiere que indique ningún tipo de dato personal.*

*Podrá consultar los resultados de este estudio a partir del mes de mayo 2012 en <http://www.madrid.es/Deportes>*

***Agradeciendo de antemano su colaboración, le saludamos atentamente y quedamos a su disposición.***

**CENTRO DEPORTIVO:**..... **FECHA:** dd/mm/aaaa/

**DISTRITO MUNICIPAL:**.....

**Sexo:**

Hombre  Mujer

**Edad:**

Infantil (menos de 14)  Joven (15-20)  Adulto(21-64)  Mayor (65 o más)

**Preguntas para todos/as los/as usuarios/as**

**1. ¿Como conoció usted los servicios de Medicina Deportiva ofrecidos por el Ayuntamiento de Madrid en sus Centros Deportivos municipales?:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Por información del Centro Deportivo  | <input type="checkbox"/> A través de Cartas de Servicios            |
| <input type="checkbox"/> Por un amigo/familiar/vecino          | <input type="checkbox"/> Por folletos y publicidad del Ayuntamiento |
| <input type="checkbox"/> Por la web municipal (Internet)       |   |
| <input type="checkbox"/> Por el Centro de Salud, (ambulatorio) |   |

**2. Ha solicitado los servicios municipales de Medicina Deportiva para:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Iniciar una actividad deportiva  | <input type="checkbox"/> Vigilancia de su salud         |
| <input type="checkbox"/> Mientras practica deporte  | <input type="checkbox"/> Por recomendación de su médico |
| <input type="checkbox"/> Por indicación de la Federación Deportiva (para deportistas federados) |   |

**3. ¿Qué servicios de Medicina Deportiva conoce?**

Reconocimiento médico  Escuela espalda  Cardiovascular  Fisioterapia

**4. ¿Qué servicio/s de Medicina Deportiva utiliza habitualmente o ha utilizado en esta ocasión?**

Reconocimiento médico  Escuela espalda  Cardiovascular  Fisioterapia

**5. Entre la solicitud de la cita y la prestación del servicio programado ha tenido que esperar:**

Menos de una semana  Más de 1 semana  Más de 2 semanas  Más de 3 semanas

**6. Valore de 0 a 10 si el tiempo de espera entre la solicitud y la cita le parece adecuado**

**7. Solicitar una cita en los servicios médicos le ha supuesto:**

- Una llamada de teléfono       2 llamadas       más de 2 llamadas  
 Lo solicitó en el Centro Deportivo personalmente

**8. Una vez conseguida la cita, ¿le han cancelado alguna/vez veces las citas previas?**

- Nunca       Una vez       Varias veces

**9. El tiempo de espera desde la hora de la cita hasta el inicio efectivo del servicio fue de :**

- Entre 1 y 5 minutos       Entre 5 y 10 minutos  
 Entre 10 y 20 minutos       Entre 20 y 30 minutos

**10. Valore de 0 a 10 si el tiempo de espera entre la hora de la cita y la prestación del servicio le parece adecuado**

**11. Valore de 0 a 10 las instalaciones de Medicina Deportiva en las que se dispensó el servicio:**

- Limpieza e higiene  Accesibilidad  Tamaño  Señalización   
Aparatos  Calidad total de las instalaciones

**12. ¿En alguna ocasión no se le ha podido prestar el servicio por falta de material o avería del mismo?**

- SÍ       NO

**13. Valore de 0 a 10 el trato de los profesionales que le atendieron**

**14. ¿Fue atendido por nuestro personal con un lenguaje claro y comprensible?**

- SÍ       NO

**15. ¿Los profesionales que le atendieron se hicieron cargo de su caso con interés?**

- SÍ       NO

**16. En su opinión, el precio de los servicios de Medicina Deportiva es:**

- Caro       Asequible       Barato

**17. En su opinión, ¿la existencia de bonos multiusos que abarataseen algo los servicios, facilitaría el acceso a éstos de más ciudadanos/as?**

- SÍ       NO

**18. ¿Ha tenido que ser atendido/a en alguna ocasión por algún accidente sufrido en algún Centro Deportivo Municipal ?**

SÍ     NO

**19. En caso afirmativo, la persona que le atendió se presentó como:**

ATS/ DUE     Médico     SOS (socorrista)     Trabajador sin identificar

**20. ¿Conoce usted la existencia de columnas de rescate cardiaco (Desfibriladores) en los Centros Deportivos Municipales?:**

SÍ     NO

**21. ¿Qué opinión le merece esta iniciativa?:**

Aconsejable     Indiferente     Innecesaria

**22. ¿Recomendaría usted a un amigo o conocido los servicios médico deportivos del Ayuntamiento de Madrid?**

SÍ     NO     Para casos concretos.....

**23. ¿Presentó Ud alguna sugerencia o reclamación sobre los servicios de Medicina Deportiva en el último año?**

SÍ     NO

**En caso afirmativo, señale el motivo de la reclamación:**

- Disconformidad con la actividad
- Precios públicos y tarifas
- Organización y planificación del servicio
- Lista de espera y/o retraso en ser atendido
- Tramitación Carnet de Deporte Especial
- Trato recibido
- Competencia de los profesionales
- Otros

**24. En caso afirmativo, ¿cuánto tardaron en contestarle?**

Menos de 15 días  Entre 15 días y tres meses  Más de tres meses

25. Si tuviera que "poner nota" a los servicios de Medicina Deportiva de los que ha sido/es usuario ¿que valoración general le merecen? (califique de 0 a 10)

Preguntas **SOLO** para **usuarios/as de Reconocimientos Médicos**

26. ¿En qué turno realizó el reconocimiento médico?:

- Mañana       Tarde

27. ¿Tras pasar el reconocimiento médico, ha recibido un informe escrito y firmado por el facultativo que lo realizó, bien inmediatamente bien en los días posteriores?:

- Sí     NO     NO escrito pero sí información verbal

28. En caso afirmativo, ¿el informe realizado por el servicio de Medicina Deportiva le fue entregado personalmente?

- SI     NO

29. Posteriormente, ¿ha puesto en conocimiento de su médico habitual el reconocimiento médico y el informe recibido?:

- Sí     NO     No he tenido tiempo de hacerlo todavía, pero lo haré en la próxima consulta

Preguntas **SOLO** para **usuarios/as de Fisioterapia/Cardiovascular/Escuela de Espalda**

30. ¿El tiempo de duración de cada sesión le parece adecuado?  Sí       NO

Si ha recibido servicios de fisioterapia en algún otro Centro- público o privado-, ¿cómo valoraría de 1 a 10, la duración del tratamiento en nuestros servicios respecto a los otros que conoce?

31. ¿El tiempo de tratamiento aplicado le parece suficiente?  Sí       NO

32. ¿El servicio ha cumplido con las expectativas que tenía al comienzo?  Sí  NO

33. Recibió el servicio de Medicina Deportiva en turno de:  Mañana     Tarde

34. ¿Ha puesto en conocimiento de su médico habitual los resultados y el informe recibido?:

Sí  NO  No he tenido tiempo de hacerlo todavía, pero lo haré en la próxima consulta

35. ¿Desde cuándo viene haciendo uso de estos servicios?

1 mes  1 a 6 meses  1 año  Entre 1 y 3 años  Más de 3 años

Le agradeceríamos indicase a continuación las observaciones, comentarios o recomendaciones que crea conveniente para ayudarnos a mejorar los servicios de Medicina Deportiva del Ayuntamiento de Madrid

---

---

---

---

---

---

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN