

**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 abaratasen 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 ¿qué 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