

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA DEPORTIVA EN CENTROS DEPORTIVOS MUNICIPALES

ENERO- FEBRERO 2019

Reconocimientos Médicos Básicos y Especializados.

Estimada/o usuaria/o:

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 abril de 2019 en <http://www.madrid.es/Deportes>.

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



CENTRO DEPORTIVO _____ FECHA ____/____/2019/

DISTRITO MUNICIPAL _____

Sexo:

Hombre.

Mujer.

Turno:

Mañana.

Tarde.

Edad:

Infantil (menos de 14).

Joven (15-20).

Adulto (21-64).

Mayor (65 o más).

1. **¿Cómo conoció usted los servicios de Medicina Deportiva ofrecidos por el Ayuntamiento de Madrid en sus Centros Deportivos municipales? (Respuesta múltiple).**

Por información del Centro Deportivo.

A través de las Cartas de Servicios.

Por un amigo/familiar/vecino.

Por folletos y publicidad del Ayuntamiento.

Por la web municipal www.madrid.es (Internet).

Por el Centro de Salud (ambulatorio).

Por el Centro de Mayores.

Otros _____

2. **Indique el principal motivo por el que acude a los servicios municipales de Medicina Deportiva:**

Conocer mi estado de salud para hacer ejercicio.

Por recomendación de su profesor o entrenador.

Tratar una dolencia.

Controlar mi entrenamiento.

Por recomendación de su médico.

Cumplimentar la ficha federativa.

Acreditar que soy apto/a para realizar esfuerzos físicos.

Otros Motivos _____

3. **¿Qué servicio/s de Medicina Deportiva conoce?**

Reconocimiento Médico.

Escuela de Espalda.

Acondicionamiento Cardiovascular.

Fisioterapia.

4. **¿Y cuál o cuáles ha utilizado?**

Reconocimiento Médico.

Escuela de Espalda.

Acondicionamiento Cardiovascular.

Fisioterapia.

5. **¿Le han cancelado alguna vez las citas previas?**

Nunca.

Una vez.

Más de una vez.

NS/NC

6. **¿En alguna ocasión no se ha prestado el servicio por falta de material o avería del mismo?**

SI

NO.

NS/NC



7. A continuación, valore su satisfacción de 0 a 10, siendo "0" la puntuación más baja, y "10" la más alta, con los siguientes aspectos del servicio de reconocimiento médico que acaba de recibir. "NS" significa no sabe.

Tiempo de espera entre la solicitud y la cita.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Limpieza e higiene de las instalaciones.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Accesibilidad a las instalaciones.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Tamaño de las instalaciones.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Señalización e indicaciones para llegar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Material utilizado y aparatos disponibles.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Trato de los profesionales.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Claridad del lenguaje utilizado por los profesionales.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Interés con que atendieron su caso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Tiempo de duración de cada sesión.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Duración del tratamiento aplicado.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Precio de los servicios.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS

8. Teniendo en cuenta toda su experiencia valore globalmente de 0 a 10 el servicio municipal de reconocimientos médicos que le han prestado en este centro.

Satisfacción global con el servicio de Medicina Deportiva.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

9. Respecto a las expectativas que usted tenía al comienzo, ¿diría usted que el servicio recibido ha sido mejor, igual o peor a lo que esperaba?

Ha sido mejor de lo que esperaba. Ha sido igual a lo que esperaba. Ha sido peor de lo que esperaba. No sabe.

10. ¿Recomendaría a un amigo, familiar o conocido el servicio municipal de reconocimientos médicos?

SI. NO. NS/NC.

11. Tras pasar el reconocimiento médico, ¿ha recibido o le han informado de que en próximas fechas le entregarán un informe escrito y firmado por el facultativo que lo realizó?:

- NO, ni lo he recibido ni me han informado.
 SI, me han informado pero no he recibido el informe.
 SI, me han informado y he recibido el informe.

¿El informe médico le ha parecido claro y completo?

SI. NO. NS/NC

¿Ha puesto o va a poner en conocimiento de su médico habitual los resultados y el informe recibido?:

SI. NO. NS/NC



12. ¿Ha tenido que ser atendido/a en alguna ocasión por un accidente sufrido en un Centro Deportivo Municipal?

NO.

SI. 13. La persona que le atendió en esa ocasión, se presentó como...

ATS/ DUE.

Médico.

SOS (socorrista).

Trabajador sin identificar.

No sabe/No recuerda.

14. Valore su satisfacción global de 0 a 10 con la atención que recibió en caso de accidente, en su caso:

Satisfacción global con atención en caso de accidente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

15. ¿Conoce usted la existencia de columnas de rescate cardiaco (desfibriladores) en los Centros Deportivos Municipales?

SI.

NO.

16. ¿Qué le parece el que los centros deportivos municipales estén dotados de desfibriladores?:

Necesaria.

Indiferente.

Innecesaria.

No sabe.

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.