

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

ENERO- FEBRERO 2019

Acondicionamiento Cardiovascular, Fisioterapia y Escuela de Espalda.

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 nos pueda hacer llegar 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 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?

Por información del Centro Deportivo.

A través de las Cartas de Servicios.

Por un amigo/a/familiar/vecino/a.

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 servicios de Medicina Deportiva conoce? (Respuesta múltiple).

Reconocimiento Médico.

Escuela de Espalda.

Acondicionamiento Cardiovascular.

Fisioterapia.

4. ¿Y cuál o cuáles ha utilizado?

Reconocimiento Médico.

Escuela de Espalda.

Acondicionamiento Cardiovascular.

Fisioterapia.

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

1 mes.

2 a 6 meses.

6 meses a 1 año.

Entre 1 y 3 años.

Más de 3 años.

6. ¿Le han cancelado alguna vez alguna cita previa?

Nunca.

Una vez.

Más de una vez.

NS/NC.



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

- Sí. NO. NS/NC.

8. A continuación, le agradecemos valore su satisfacción con los siguientes aspectos del servicio de Medicina Deportiva.

Valore de 0 a 10, siendo "0" nada satisfactorio y "10" muy satisfactorio. "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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

9. Teniendo en cuenta toda su experiencia con los servicios de Medicina Deportiva.

Satisfacción global con el servicio de Medicina Deportiva.

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

10. 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?

- Mejor. Igual. Peor. NS/NC.

11. ¿Recomendaría usted a un amigo, familiar o conocido los servicios médicos deportivos del Ayuntamiento de Madrid?

- Sí. NO. NS/NC.

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

- Sí. NO. No he tenido tiempo, pero lo haré en la próxima consulta.



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

NO → Pasa a pregunta 15.

SÍ → 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.

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 cardíaco (desfibriladores) en los Centros Deportivos Municipales?

SÍ.

NO.

16. ¿Qué opinión le merece la iniciativa de poner columnas de rescate cardíaco en los Centros Deportivos Municipales?

Necesaria.

Indiferente.

Innecesaria.

No sabe.

17. SÓLO PARA QUIENES RECIBEN FISIOTERAPIA: En el caso de que haya recibido servicios de Fisioterapia en algún otro centro público o privado, ¿Diría usted que los servicios municipales de fisioterapia del Ayuntamiento de Madrid son mejores, peores o son iguales?

Mejores.

Iguales.

Peores.

NS/NC.

18. Le agradeceríamos que 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.