**Anexo 1. ENCUESTA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE TELECONSULTA - INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.**

**Encuesta sobre la percepción de la calidad del servicio de psicorientación proporcionado por el área de Bienestar Universitario de la Facultad Nacional de Salud Pública**

**PARTE 1. Características demográficas y de salud.**

**1. Sexo:** **1**. Hombre **2.** Mujer **2. Edad:** **1.** ≤ 18 años **2.** 19 a 29 años **3**. 29 a 39 años

**4.** 40 a 59 años **5.** ≥ a 60 años

**3. Zona:** **1.** Urbana **2**. Rural

**4. Estrato socioeconómico 6. Nacionalidad**

**5. ¿Usted y su familia han sido víctimas de desplazamiento? 1.** No **2.** Si

**6. ¿Presenta alguna discapacidad? 1.** No **2.** Si

**7. ¿Cuántos hijos tiene?**

**1.** 0 a 3 **2.** 4 a 7 **3.** 8 a 12 **4.** > 13

**8. ¿Cuál es su estado civil?**

**1.** Soltero **2.** Casado **3.** Separado **4.** Viudo **5.** Unión libre

**9. ¿Cuál es su nivel educativo?**

**1.** Sin educación

**2.** Primaria incompleta

**3**. Primaria completa

**4.** Secundaria incompleta **5**. Secundaria completa **6.** Técnico

**7.** Tecnólogo

**8.** Universidad incompleta

**9.** Universidad completa

**10. ¿Cuál es su profesión u ocupación?**

**1**. Oficios domésticos/Ama de casa **2**. Estudiante **3**. Otro **4**. Sin ocupación

**11. ¿Practica algún deporte o actividad física?** **1.** No **2.** Si

**12. Su vivienda es:**

**1.** Propia **2.** Arrendada **3**. Con permiso del propietario sin pago alguno **4.** Posesión sin título

**13. Su vivienda cuenta con (selección múltiple):**

**1.** Energía **2.** Pozo séptico **3.** Acueducto **4**. Gas natural **5.** Línea telefónica **6.** Internet

**14. ¿Cuántas personas conforman su familia incluyéndose usted?**

**1.** De 1 a 3 personas **2.** De 4 a 7 personas **3.** 8 o más personas

**15. Régimen de afiliación al SGSSS:**

**1**. Contributivo **2**. Subsidiado **3.** Especial **4.** PPNA

**16. Tipo de afiliado:** **1.** Cotizante **2.** Beneficiario

**17. ¿Cuál es su EPS de afiliación?:**

**18. ¿En cuál de los siguientes gastos ha tenido que incurrir para asistir a las teleconsultas? (selección múltiple):**

1. Alimentación

2. Alojamiento

3. Cuotas moderadoras o de recuperación

4. Transporte

5. Otro

6. Ninguno

**Parte 2. Nivel de satisfacción de los usuarios**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROCESO DE ATENCIÓN** | **SATISFACCIÓN** | | | | |
| 19. Trato recibido por el personal de salud (humano, con educación, amabilidad, respeto y paciencia | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 20. Explicación recibida sobre su problema de salud en palabras fáciles de entender | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 21. Tiempo brindado para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 22. Comodidad al compartir la información sobre su problema de salud con alguien que no estaba físicamente presente | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 23. Confianza transmitida por el especialista teleconsultado | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASISTENCIA RECIBIDA** | **SATISFACCIÓN** | | | | |
| 24. Grado en que sintió que el especialista estuviese con usted | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 25. Desarrollo del proceso general de teleconsulta de acuerdo con lo que usted esperaba | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 26. Ahorro de tiempo al utilizar el servicio de psicología en comparación con la consulta convencional al especialista | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 27. Ahorro de dinero al utilizar el servicio de psicología en comparación con la consulta convencional al especialista (pasajes, hospedaje, alimentación) | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 28. Rapidez de respuesta a su problema de salud vía teleconsulta (atención oportuna) | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 29. Calidad general del servicio de Psicología | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RECOMENDACIÓN** | **SÍ** | **NO** |
| 30. Si pudiese escoger, ¿volvería a utilizar el servicio de Psicología? |  |  |
| 31. ¿Recomendaría el uso de este servicio a otras personas? |  |  |

**32. ¿Tiene usted alguna queja y/o sugerencia para mejorar el servicio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**