

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

**ENERO- FEBRERO 2015**

**Reconocimientos Médicos Básicos y Especializados**

*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 abril de 2015 en <http://www.madrid.es/Deportes>.*

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

**ÁREA DELEGADA DE DEPORTES**  
**DIRECCION GENERAL DE DEPORTES**  
**Subdirección General de Apoyo y Coordinación**  
*Atención al Ciudadano y Calidad*

**CENTRO DEPORTIVO:**..... **FECHA:** dd/mm/aaaa/  
**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/familiar/vecino
- Por folletos y publicidad del Ayuntamiento
- Por la web municipal [www.madrid.es](http://www.madrid.es) (Internet)
- Por el Centro de Salud (ambulatorio)
- Por el Centro de Mayores
- Otros.....

**2. Acude a los servicios municipales de Medicina Deportiva para:**

- 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

**ÁREA DELEGADA DE DEPORTES**  
**DIRECCION GENERAL DE DEPORTES**  
**Subdirección General de Apoyo y Coordinación**  
*Atención al Ciudadano y Calidad*

**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?**

- Sí
- NO
- NS/NC

**7. A continuación, valore su satisfacción con los siguientes aspectos del servicio de reconocimiento médico que acaba de recibir. Valore de 0 a 10, siendo 0 que está totalmente insatisfecho/a y 10 que está totalmente satisfecho/a.**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Tiempo de espera entre la solicitud y la cita												
Dependencias y material utilizado												
Limpieza e higiene de las instalaciones												
Accesibilidad a las instalaciones												
Tamaño de las instalaciones												
Señalización e indicaciones para llegar												
Material utilizado y aparatos disponibles												
Trato de los profesionales												
Claridad del lenguaje utilizado por los profesionales												
Interés con que atendieron su caso												
Tiempo de duración de cada sesión												
Duración del tratamiento aplicado												
Precio de los servicios												

**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.**

**ÁREA DELEGADA DE DEPORTES**  
**DIRECCION GENERAL DE DEPORTES**  
**Subdirección General de Apoyo y Coordinación**  
*Atención al Ciudadano y Calidad*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
<b>Satisfacción global con el servicio de Medicina Deportiva</b>												

**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?**

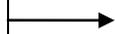
- SÍ
- NO
- NS/NC

**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
- SÍ , me han informado pero no he recibido el informe
- SÍ , me han informado y he recibido el informe

**¿El informe médico le ha parecido claro y completo?**

- SÍ
- NO
- NS/NC



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

- SÍ
- NO
- NS/NC

**ÁREA DELEGADA DE DEPORTES**  
**DIRECCION GENERAL DE DEPORTES**  
**Subdirección General de Apoyo y Coordinación**  
*Atención al Ciudadano y Calidad*

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

- NO
- SÍ → **La persona que le atendió en esa ocasión, se presentó como...**
- ATS/ DUE
  - Médico
  - SOS (socorrista)
  - Trabajador sin identificar
  - No sabe / no recuerda

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

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Satisfacción global con atención en caso de accidente												

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

- SÍ       NO

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

- Necesaria       Indiferente       Innecesaria       No sabe

**15. ¿Ha presentado usted alguna sugerencia o reclamación sobre los servicios de Medicina Deportiva en el último año?**

- NO
- SÍ → **Por favor, señale el motivo de su sugerencia o 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 por el personal del Centro

**ÁREA DELEGADA DE DEPORTES**  
**DIRECCION GENERAL DE DEPORTES**  
**Subdirección General de Apoyo y Coordinación**  
*Atención al Ciudadano y Calidad*

- Competencia de los profesionales de Medicina Deportiva
- Otros

↳ **¿Cuánto tiempo tardaron en contestarle?**

- Menos de 15 días
- Entre 15 y 90 días
- Más de 90 días
- No sabe / No recuerda
- No le han contestado

**16. En el caso de que no le hayan contestado ¿Cuánto hace que presentó la sugerencia/reclamación?**

Menos de 15 días	1	Entre 16 y 45 días	2	Entre 46 y 90 días	3	Más de 90 días	4	No sabe / no recuerda	9
------------------	---	--------------------	---	--------------------	---	----------------	---	-----------------------	---

**18. Valore su satisfacción global de 0 a 10 con la atención a la reclamación presentada, en su caso:**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Satisfacción global con atención a reclamación presentada												

**19. 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**