

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

**ENERO- FEBRERO 2016**

**Acondicionamiento Cardiovascular, Fisioterapia y Escuela de Espalda**

*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 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 2016 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

**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 servicios de Medicina Deportiva conoce?**

- Reconocimiento Médico
- Escuela de Espalda
- Acondicionamiento Cardiovascular
- Fisioterapia

**¿Y cuál o cuáles ha utilizado?**

- Reconocimiento Médico
- Escuela de Espalda
- Acondicionamiento Cardiovascular
- Fisioterapia

**4. ¿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

**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, le agradecemos valore su satisfacción con los siguientes aspectos del servicio de Medicina Deportiva. 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												
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 con los servicios de Medicina Deportiva, valore su satisfacción global 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
Satisfacción global con el servicio de Medicina Deportiva												

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	<input type="checkbox"/>
Ha sido igual a lo que esperaba	<input type="checkbox"/>
Ha sido peor de lo que esperaba	<input type="checkbox"/>
No sabe	<input type="checkbox"/>

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

- SÍ
- NO
- NS/NC

11. 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

12. ¿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

**13. ¿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

→ **14. Si sufrió un accidente 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												

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

SÍ       NO

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

Necesaria       Indiferente       Innecesaria       No sabe

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

- NO → pase a la pregunta siguiente
- 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
- 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

↳ **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
------------------	---	--------------------	---	--------------------	---	----------------	---	-----------------------	---

↳ **En el caso de que SI le hayan contestado valore su satisfacción global de 0 a 10 con la atención a la reclamación presentada:**

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

**20. 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**