

## ANEXO 4

DEL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN, COORDINACIÓN, FINANCIAMIENTO Y TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO POR CONDUCTO DE LAS **UNIDADES MÉDICAS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO**; QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y POR OTRA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO" PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017.

Fecha:	D[ ] [ ] M[ ] [ ] A[ ] [ ]
--------	----------------------------

DATOS GENERALES	
Nombre de la Unidad:	
CLUES: I _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Institución:
Entidad Federativa:	Jurisdicción Sanitaria:
Municipio:	Localidad:
Tipo de Unidad:	Tipología de Unidad:
I _ _ I Unidad de consulta externa (CE)	I _ _ I Rural; I _ _ I Urbana
	I _ _ I Hospital integral, comunitario o equivalente
	I _ _ I Hospital General
	I _ _ I Hospital Pediátrico
	I _ _ I Hospital Materno - Infantil
	I _ _ I Hospital Regional
I _ _ I Unidad de hospitalización (HO)	I _ _ I Hospital de Alta Especialidad

**Instrucciones:** El supervisor deberá presentarse ante el beneficiario con respeto y explicarle el objetivo de la entrevista, asegurándole que los datos asentados en la cédula serán tratados con confidencialidad. *Coloque el código correspondiente según la respuesta proporcionada. En las preguntas abiertas coloque de forma clara y precisa lo comentado por el entrevistado. En caso de que el beneficiario sea menor de edad, la entrevista deberá ser indirecta con el padre o tutor. Entrevistar a beneficiarios del SPSS que su última consulta no exceda los 6 meses.*

Datos generales del beneficiario	Beneficiario					Codificación
	1	2	3	4	5	
Nombre del beneficiario:						Anotar respuesta
No. de póliza:						
Sexo ( <i>M, F</i> ):						
Edad ( <i>Años</i> ):						
Estado Civil						Anotar respuesta
Usted o su cónyuge: a) pertenece o es originario(a) de alguna comunidad o pueblo indígena. b) habla o entiende alguna lengua indígena <i>Sí la respuesta es "1"</i> <i>especifique</i>	a) [ ] b) [ ]	a) [ ] b) [ ]	a) [ ] b) [ ]	a) [ ] b) [ ]	a) [ ] b) [ ]	0=NO 1=SÍ
						Anotar Respuesta

## ANEXO 4

DEL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN, COORDINACIÓN, FINANCIAMIENTO Y TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO POR CONDUCTO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO; QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y POR OTRA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO" PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017.

No.	Reactivo						
SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO							
1	¿Su última consulta en esta Unidad de Salud fue programada? <i>En caso afirmativo conteste la pregunta 2 y pase a la pregunta 5, colocando "Na" en los reactivos 3 y 4. Si la respuesta es "0", pase a la pregunta 3 y coloque "Na" en el reactivo 2.</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0=NO 1=SI
2	En su última consulta, ¿Cuál fue el tiempo que tuvo que esperar desde su hora de atención programada hasta el momento que recibió atención?	<input type="text"/> Minutos	<input type="text"/> Minutos	<input type="text"/> Minutos	<input type="text"/> Minutos	<input type="text"/> Minutos	Anotar respuesta Na= No aplica
3	En su última consulta, ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el momento que llegó a la unidad hasta que le dieron su ficha?	<input type="text"/> Minutos	<input type="text"/> Minutos	<input type="text"/> Minutos	<input type="text"/> Minutos	<input type="text"/> Minutos	Anotar respuesta Na= No aplica
4	En su última consulta, ¿Cuál fue el tiempo que tuvo que esperar desde que recibió su ficha hasta que lo atendieron?	<input type="text"/> Minutos	<input type="text"/> Minutos	<input type="text"/> Minutos	<input type="text"/> Minutos	<input type="text"/> Minutos	Anotar respuesta Na= No aplica
5	En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy insatisfecho y 5 muy satisfecho, ¿qué tan satisfecho está con el tiempo de espera? <i>a) Muy satisfecho (5), b) Satisfecho (4), c) Regularmente satisfecho (3), d) Poco satisfecho (2), e) Muy insatisfecho (1).</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anotar respuesta (a,b,c,d,e)
6	¿El médico le explicó sobre su enfermedad (diagnóstico) y tratamiento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0=NO 1=SI
7	¿Tiene dudas sobre lo que le explicaron de su enfermedad y tratamiento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0=NO 1=SI

## ANEXO 4

DEL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN, COORDINACIÓN, FINANCIAMIENTO Y TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO POR CONDUCTO DE LAS **UNIDADES MÉDICAS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO**, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y POR OTRA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO\* PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017.

8	En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy mala atención y 5 muy buena atención, ¿Cómo podría calificar la atención que ha recibido por cada uno de los miembros del personal de la unidad? <b>a) Muy buena (5), b) Buena (4), c) Regular (3), d) Mala (2), e) Muy Mala (1).</b>						
	a) Médico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anotar respuesta (a, b, c, d, e) Na= No aplica
	b) Enfermera	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	c) Trabajo Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	d) Gestor del Seguro Popular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	e) Personal Administrativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	f) Personal Técnico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9	g) Otros (vigilancia, limpieza, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	En los últimos tres meses ¿ha presentado alguna queja y ante quién? Si la respuesta es "1" especifique	<input type="text"/> Especifique:	<input type="text"/> Especifique:	<input type="text"/> Especifique:	<input type="text"/> Especifique:	<input type="text"/> Especifique:	Anotar respuesta
10	En los últimos 3 meses, ¿le han negado alguna vez la atención en la Unidad de Salud?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0=NO 1=SI
11	En una escala del 1 al 5 ¿En general como se siente luego de haber recibido la consulta médica? <b>a) Muy satisfecho (5), b) Satisfecho (4), c) Regularmente satisfecho (3), d) Poco satisfecho (2), e) Muy insatisfecho</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anotar respuesta (a, b, c, d, e)
12	En relación a la atención y al trato recibido, ¿regresaría a esta misma unidad de salud para su atención?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0=NO 1=SI

## ANEXO 4

DEL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN, COORDINACIÓN, FINANCIAMIENTO Y TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO POR CONDUCTO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO; QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y POR OTRA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO" PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017.

GASTO DE BOLSILLO							
13	En los últimos 3 meses, ¿Ha realizado algún pago por algún servicio durante su atención? <i>Se considerará afirmativa la respuesta cuando haya realizado el pago a pesar de contar con póliza vigente del Seguro Popular y el servicio pagado sea cubierto por alguna de las carteras (CAUSES, FPGC, SMSXXI). Si la respuesta es "1" pase a la pregunta 14, si la respuesta es "0" pase a la pregunta 17</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=NO 1=SI
14	¿El pago fue realizado dentro de la unidad médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=NO 1=SI Na= No aplica
15	¿Qué fue lo que pagó?						
	a) Consulta externa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=NO 1=SI Na= No aplica
	b) Consulta de urgencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Procedimiento durante su hospitalización <i>(Aplica solo para establecimiento de salud que cuenten con servicios de hospitalización)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Intervención quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Insumos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	g) Estudios de gabinete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	h) Estudios de laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	i) Otro <i>(especifique)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Especifique:	Especifique:	Especifique:	Especifique:	Especifique:		
16	En caso de que el pago haya sido por concepto de medicamentos, indique el nombre:						Anotar respuesta Na= No aplica
SURTIMIENTO DE RECETA							
17	En los últimos 3 meses, cuando ha venido a esta unidad, ¿le han entregado o aplicado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=NO 1=SI

## ANEXO 4

DEL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN, COORDINACIÓN, FINANCIAMIENTO Y TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO POR CONDUCTO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO; QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y POR OTRA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017.

	todos los medicamentos que el médico le recetó? <i>"Se considerará como negativa la respuesta cuando el medicamento no otorgado sea cubierto por alguna de las carteras de servicio (CAUSES, FPGC, SMSXXI)". Si todo el medicamento fue entregado y aplicado, pase a la pregunta 21.</i>						
18	En caso de que el medicamento no haya sido entregado o aplicado, indique el nombre del(los) medicamento(s) faltante(s):						Anotar respuesta Na= No aplica
19	En caso de que el medicamento no haya sido entregado o aplicado, ¿Cuál fue el motivo por el cual no le entregaron o aplicaron todos sus medicamentos?						
	a) No había medicamentos en ese momento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=NO 1=SI Na= No aplica
	b) El médico refirió que no estaba cubierto por el Seguro Popular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) En el área de caja le dijeron que tenía que pagar por el medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) En el área de farmacia le dijeron que tenía que pagar por el medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Otro ( <i>especifique</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Especifique:	<input type="checkbox"/> Especifique:	<input type="checkbox"/> Especifique:	<input type="checkbox"/> Especifique:	<input type="checkbox"/> Especifique:	
20	En caso de que el medicamento no haya sido entregado o aplicado ¿Qué fue lo que realizó para obtener los medicamentos no proporcionados?						
	a) Lo compró fuera de la Unidad de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=NO 1=SI Na= No aplica
	b) Regresó en otro momento por el medicamento a la Unidad de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Pago por el medicamento a la Unidad de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Lo surtió en otra Unidad de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## ANEXO 4

DEL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN, COORDINACIÓN, FINANCIAMIENTO Y TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO POR CONDUCTO DE LAS **UNIDADES MÉDICAS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO**, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y POR OTRA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO" PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017.

e) Ninguna acción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Otro ( <i>especifique</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Fecha: D[ ] M[ ] A[ ]					
		<input type="checkbox"/> Especifique:	<input type="checkbox"/> Especifique:	<input type="checkbox"/> Especifique:	<input type="checkbox"/> Especifique:	<input type="checkbox"/> Especifique:	
21	En general y en una escala del 1 al 5 ¿Que tan satisfecho se siente luego de haber recibido su medicamento? <i>a) Muy satisfecho (5), b) Satisfecho (4), c) Regularmente satisfecho (3), d) Poco satisfecho (2), e) Muy insatisfecho (1).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anotar respuesta (a, b, c, d, e)
<b>REAFILIACIÓN</b>							
22	¿Se reafiliaría al Seguro Popular? <i>Si la respuesta es "1" de por terminada la entrevista, si la respuesta es "0" pase a la pregunta 23.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=NO 1=SI
23	¿Cuál es el motivo por el que no se reafiliaría al Seguro Popular? <i>Escriba respuesta</i>						Anotar respuesta Na= No aplica
Observaciones							
Firma del beneficiario, padre o tutor:							
Nombre y firma del supervisor							

Sello de la Unidad

Anexo A.

## ANEXO 4

DEL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN, COORDINACIÓN, FINANCIAMIENTO Y TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO POR CONDUCTO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO; QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y POR OTRA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO" PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017.

Datos generales		Beneficiario					
	1	2	3	4	5		
Nombre del beneficiario:						Anotar respu sta	
No. de póliza:							
Sexo (M, F):							
Edad (Años):							
<b>GESTOR DEL SEGURO POPULAR</b>							
<i>Las siguientes preguntas serán aplicadas por algún profesional de la salud diferente al Gestor del Seguro Popular</i>							
1	¿Conoce al Gestor del Seguro Popular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=NO 1=SI
2	¿Sabe Ud. que el Gestor del Seguro Popular le puede brindar ayuda con respecto al Seguro Popular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=NO 1=SI
3	¿Ha requerido ayuda del Gestor del Seguro Popular? <i>Si la respuesta es "0" de por terminada la entrevista y coloque "Na" en el resto de las casillas.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=NO 1=SI
4	¿En cuál trámite ha requerido la ayuda del Gestor del Seguro Popular?						0=NO 1=SI Na= No aplica
	a) Verificar que los medicamentos están	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Trámites de afiliación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Verificar que los estudios estén cubiertos por el Seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Aclaración por pagos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Para que me otorguen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Atención de quejas y/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	g) Para que me refieran a un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	h) Orientación sobre la cobertura del Seguro Popular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	i) Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Especifique:	Especifique:	Especifique:	Especifique:	Especifique:		
5	¿Qué tanto se resolvió el trámite solicitado al Gestor del Seguro Popular? <i>a) Totalmente resuelto, b)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anotar respu sta (a,b,c) Na= No

## ANEXO 4

DEL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN, COORDINACIÓN, FINANCIAMIENTO Y TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO POR CONDUCTO DE LAS **UNIDADES MÉDICAS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO**; QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y POR OTRA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO\* PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017.

6	En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy mala y 5 muy buena atención, ¿cómo calificaría el trato que ha recibido por parte del Gestor del Seguro Popular?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anotar respuesta (a, b, c, d, e) Na= No
Firma del beneficiario, padre o tutor:							
Nombre y firma del profesional de la salud							

Sello de la Unidad

