



**Dirección Atención a las Personas Adultas Mayores**  
 Departamento de Estrategias de Atención a las Personas Adultas Mayores  
 Comedores Asistenciales para Adultos Mayores y Grupos Prioritarios  
**Encuesta de Percepción de Beneficiarios**



Fecha \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Especifique el Servicio que Recibe    **Desayuno**     **Comida**     **Cena**

Su opinión es muy importante para mejorar en la prestación de nuestros servicios

**Atención  
en  
Centro**

**De las siguientes afirmaciones elija la más cercana a su percepción**

<b>Consideraciones Generales</b>				
1	Se le facilita el llegar al comedor	<b>Respuesta</b>	<b>Si ( )</b>	<b>No ( )</b>
2	Cuánto tiempo hace de su casa al comedor	<b>Respuesta</b>		
<b>Satisfacción en el Servicio</b>		<b>Siempre</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>A veces</b>
3	Los alimentos le parecen agradables en su preparación			
4	Considera <b>suficiente</b> la ración alimenticia que se le proporciona			
5	Considera que el menú de alimentos es <b>variado</b>			
<b>Respecto a su Salud</b>				
6	Considera que los alimentos que recibe le “han hecho provecho”			
7	Al asistir al comedor se siente más activo			
<b>Respecto a la Participación</b>				
8	Además del consumo de alimentos participa en otra actividad *			
9	Las actividades que realizan en el comedor le parecen interesantes			
10	Disfruta de la convivencia con sus compañeros del comedor			
11	Al venir al comedor, siente que ha mejorado su participación en la comunidad			
12	Cuenta con personas o grupos de apoyo a quien recurrir en caso necesario			
<b>Respecto a la Seguridad</b>				
13	La atención que recibe es oportuna y de acuerdo a sus necesidades			
14	En caso de haber recibido maltrato, agresión o violencia acude a su DIF Municipal			

Comentarios y sugerencias para mejorar la atención en el Centro de Convivencia y Alimentación: \_\_\_\_\_

**Muchas Gracias por su Colaboración**



**Dirección Atención a las Personas Adultas Mayores**  
 Departamento de Estrategias de Atención a las Personas Adultas Mayores  
 Comedores Asistenciales para Adultos Mayores y Grupos Prioritarios  
**Encuesta de Percepción de Beneficiarios**



Fecha \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Especifique el Servicio que recibe:    **Desayuno**        **Comida**        **Cena**   

<b>Atención en Domicilio</b>
--------------------------------------

Su opinión es muy importante para mejorar en la prestación de nuestros servicios

**De las siguientes afirmaciones elija la más cercana a su percepción**

<b>Consideraciones Generales</b>					
1	Cuanto tiempo tiene recibiendo el servicio de alimentos en su domicilio	<b>Respuesta:</b>			
2	Quién le entrega los alimentos	<b>Respuesta:</b>			
<b>Satisfacción en el Servicio</b>		<b>Siempre</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
3	Los alimentos le parecen agradables en su preparación				
4	Considera <b>suficiente</b> la ración alimenticia que se le proporciona				
5	Considera que el menú de alimentos es <b>variado</b>				
6	Lo alimentos llegan a tiempo para su consumo				
<b>Respecto a su Salud</b>					
7	Considera que los alimentos que recibe le "han hecho provecho"				
8	Está de buen ánimo				
9	Acude al médico cuando se siente enfermo				
<b>Respecto a la Participación</b>					
10	De acuerdo a sus posibilidades, participa en alguna actividad *				
11	Requiere de apoyo para realizar las actividades de casa				
12	Cuenta con personas o grupo de apoyo para sus necesidades cotidianas				
<b>Respecto a la Seguridad</b>					
13	La atención que recibe es oportuna y de acuerdo a sus necesidades				
14	En caso de haber recibido maltrato, agresión o violencia solicita apoyo a su DIF Municipal				

Comentarios y sugerencias para mejorar la atención en el Centro de Convivencia y Alimentación \_\_\_\_\_

**Muchas Gracias por su Colaboración**

## Indicaciones

- **Objetivo:** Mejorar el servicio en los Centros de Convivencia y Alimentación de acuerdo a los resultados obtenidos con la presente encuesta.
- **Fecha de llenado:** (ejemplo: diciembre)
- Se aplicará en cada centro al 10% de los beneficiarios (Más una encuesta adicional por centro)
- **Son dos tipos de encuesta**
  1. Aplicación para beneficiarios que acuden al centro
  2. Aplicación para beneficiarios que reciben el alimento en su domicilio
- Cuidar que se llene de manera completa, con bolígrafo y con letra legible
- Si el beneficiario no entiende la pregunta, favor de explicar el beneficiario, considerando hablar con ellos con voz clara y fuerte.
- En la encuesta se aplica al beneficiario que recibe su alimento en su domicilio, respecto a la participación, si participa en alguna actividad, favor de anotar al reverso de la hoja.
- Cualquier duda favor de comunicarse con las supervisoras de los centros de su región correspondiente al teléfono 30 30 38 79, 30 30 46 37 y 30 30 38 40.

**Muchas Gracias por su Colaboración**