

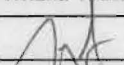
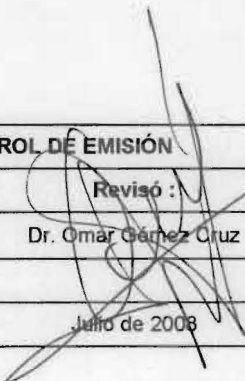
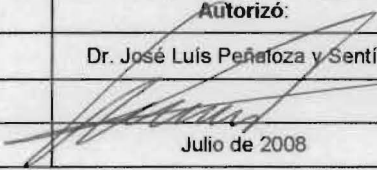




SALUD  SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: NA
	Subdirección de Atención Ambulatoria		Rev. 0
	137. Procedimiento para la solución de quejas del paciente		Hoja: 1 de 5

137. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLUCIÓN DE QUEJAS DEL PACIENTE



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dra. Viviana Téllez Henze	Dr. Omar Gámez Cruz	Dr. José Luis Peñeroza y Senties
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: NA
	Subdirección de Atención Ambulatoria		Rev. 0
	137. Procedimiento para la solución de quejas del paciente		Hoja: 2 de 5

1.0 Propósito.

1.1 Atender las quejas e inconformidades que presenten los pacientes e intervenir ante los diferentes servicios de Consulta Externa y Cirugía Ambulatoria, con el propósito de que se les brinde una atención de calidad.

2.0 Alcance.

2.1 Este procedimiento es aplicable para la Subdirección de Atención Ambulatoria (Consulta Externa y Cirugía Ambulatoria).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos.

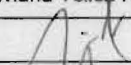
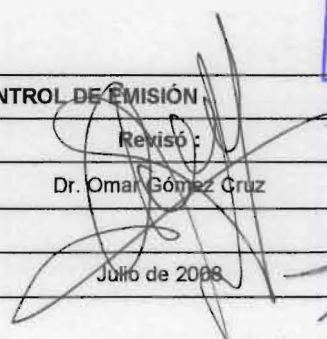
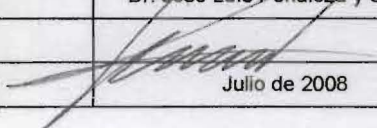
3.1 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención Ambulatoria, dar solución a las quejas que expongan los pacientes, así como de considerar las sugerencias que se propongan en beneficio del hospital.



3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención Ambulatoria a través de los servicios de las Unidades de Consulta Externa y de Cirugía Ambulatoria, brindar una atención y trato digno a los pacientes.

3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención Ambulatoria a través de la Unidad de Consulta Externa atenderá a los pacientes dentro del horario establecido de consulta, que será de Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 15:00 p.m.; y la Unidad de Cirugía Ambulatoria, atenderá a los pacientes según los horarios estipulados por la Programación Quirúrgica de la misma.

3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención Ambulatoria atender las inconformidades que presenten los usuarios, presentándose en compañía del paciente al servicio médico involucrado e investigará las causas y motivos que originaron la queja o la inconformidad, para garantizar la satisfacción del usuario.



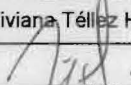
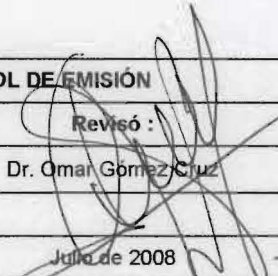
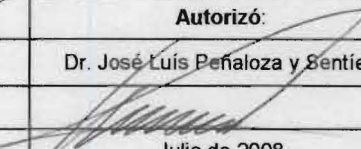
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dra. Viviana Téllez Henze	Dr. Omar Gómez Cruz	Dr. José Luis Peñaloza y Senties
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

 SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA	Código: NA
	Subdirección de Atención Ambulatoria		Rev. 0
	137. Procedimiento para la solución de quejas del paciente		Hoja: 3 de 5

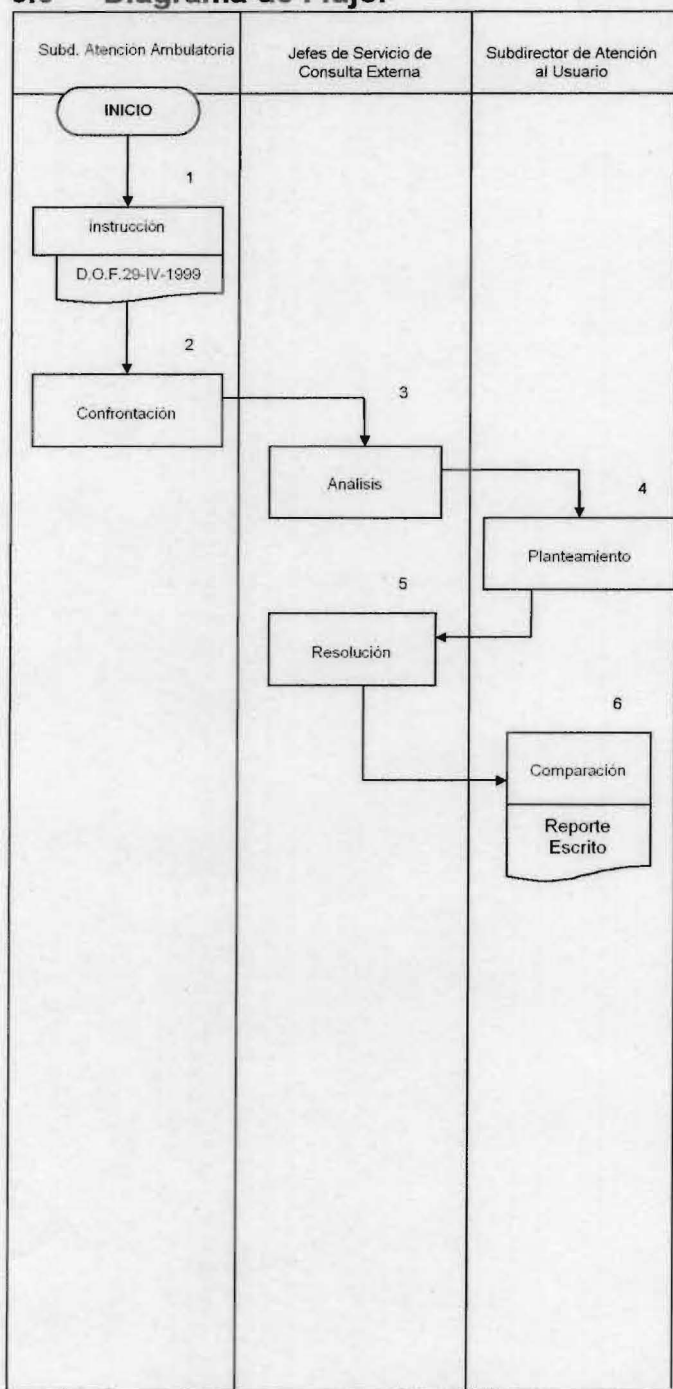
4.0 Descripción del procedimiento.

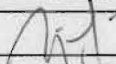
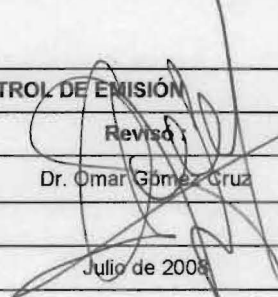
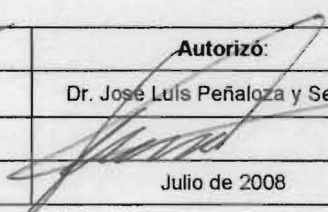
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Instrucción	1.1 Instruye a los Servicios de Consulta Externa y Cirugía Ambulatoria para atender las quejas e inconformidades que exponga el paciente.	Subdirección de Atención Ambulatoria
2.0 Confrontación	2.1 Acude con el paciente al servicio correspondiente para solicitar la solución a la problemática planteada.	Subdirección de Atención Ambulatoria
3.0 Planteamiento	3.1 Acude con el Jefe responsable del servicio para plantear la problemática del paciente.	Subdirección de Atención Ambulatoria
4.0 Resolución	4.1 Recibe y analiza el problema y determina si está fuera de su alcance solucionarlo. 4.2 Instruye a quien corresponda se atienda al paciente y resuelva problemática.	Subdirección de Atención Ambulatoria
6.0 Reporte	6.1 Elabora un reporte escrito del evento suscitado y envía para que se tomen las medidas correspondientes, y archiva la copia. <ul style="list-style-type: none"> Formato de Reporte Escrito. <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	Subdirección de Atención Ambulatoria





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dra. Viviana Téllez Henze	Dr. Omar Gómez Cruz	Dr. José Luis Peñaloza y Senties
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

5.0 Diagrama de Flujo.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dra. Viviana Téllez Henze	Dr. Omar Gómez Cruz	Dr. José Luis Peñaloza y Senties
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

 SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: NA
	Subdirección de Atención Ambulatoria		Rev. 0
	137. Procedimiento para la solución de quejas del paciente		Hoja: 5 de 5

6.0 Documentos de referencia.

Documentos	Código
DECRETO por el que se crea el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. En el Diario Oficial de la Federación en fecha 29 de Noviembre de 2006, Primera Sección del Tomo DCXXXVIII No. 20	No Aplica
Estatuto Orgánico del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas. Primera Sesión Extraordinaria de la H. Junta de Gobierno a los treinta días de Enero de 2007	No Aplica
Manual de Organización Específico del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, autorizado vigente	No Aplica
Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimiento	No Aplica

7.0 Registros.

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato de reporte escrito	5 años	Subdirección de Atención Ambulatoria	No aplica

8.0 Glosario.

8.1 Reporte: Es un incidente ocurrido al usuario por falta de apego del personal a las políticas, ética y normativas del hospital donde se le atiende y que queda en el expediente de los mismos.

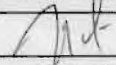
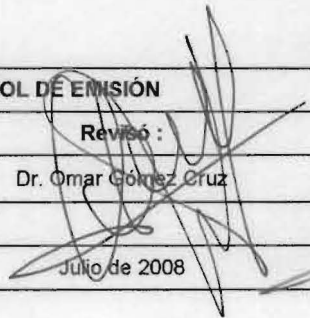
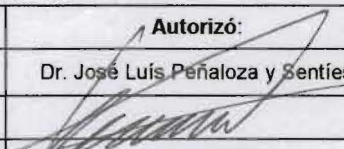
9.0 Cambios de esta versión.

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10.0 Anexos.

10.1 Formato de reporte escrito.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dra. Viviana Téllez Henze	Dr. Omar Gómez Cruz	Dr. José Luis Peñaloza y Senties
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
"CIUDAD SALUD"



FORMATO DE QUEJAS, SUGERENCIAS, COMENTARIOS O FELICITACIONES

NOMBRE DEL USUARIO

QUEJA, SUGERENCIA, COMENTARIO O FELICITACION

Empty box for user name and complaint/suggestion/comment/praise.

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION

SECRETARIA DE SALUD
DGPOP
DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO
ORGANIZACIONAL
04 SEP 2008
AUTORIZO