

VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA COMUNITARIA CON INGRESO HOSPITALARIO

DIA	1 <sup>er</sup> DIA	2 <sup>o</sup> DIA	3 <sup>er</sup> DIA	4-5 <sup>o</sup> DIA	6 <sup>o</sup> DIA	7 <sup>o</sup> DIA
EVALUACION Y ASISTENCIA	Atención por médico: Anamnesis y exploración en Urgencias y/o planta. Atención por enfermería: Plan de cuidados.	Atención por médico: Evaluación clínica. Atención por enfermería: Plan de cuidados.	Atención por médico: Evaluación clínica. Atención por enfermería: Plan de cuidados.	Atención por médico: Evaluación clínica. Atención por enfermería: Plan de cuidados.	Atención por médico: Evaluación clínica e Informe alta si se decide. Atención por enfermería: Plan de cuidados	Atención por médico: Evaluación clínica. Atención por enfermería: Plan de cuidados Informe de Alta.
DETERMINACIONES Y TEST	Análítica: Hemograma, perfil bioquímico, PCR, Hemocultivo. Si <3 años: VRS en secreción orofaríngea. Si >3 años: Serología de Mycoplasma y Clamidia. Rx torax. Mantoux.	Análítica si no se hizo el 1 <sup>o</sup> día.	Según evolución Analítica y/o Rx. Lectura del Mantoux.	Lectura Mantoux.		
TRATAMIENTOS MEDICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERIA	Peso y Talla. Constantes, FR, FC y TA por turno. Vía venosa periférica. Fluidoterapia si procede. Pulsioxímetro. Oxigenoterapia si procede.	Constantes vitales: Tª, TA, FR y FC por turno. Vía venosa periférica. Fluidoterapia si procede. Pulsioxímetro, valorar retirada. Oxigenoterapia si procede.	Constantes FR y FC por turno. Vía venosa periférica. Valorar retirar fluidoterapia si tenía. Dejar vía heparinizada para paso de medicación. Valorar retirada de pulsioxímetro y oxigenoterapia si tenía.	Constantes Tª, FR, FC por turno. ¿Dejar vía heparinizada por si acaso? ¿Retirar vía heparinizada?	Constantes Tª, FR, FC por turno.	Constantes: Tª, FC y FR por turno.
MEDICACION	Amoxicilina . Amoxi+clavulánico. Cefotaxima. Ceftriaxona. Eritromicina. Cefuroxima. Claritromicina. Antitérmicos: Paracetamol 10 mg/kg y dosis. Iboprufero 10 mg/kg y dosis. Metonidazol IV en minibolsa 1cc/10 kg.	Amoxicilina. Amoxi+clavulánico. Cefotaxima. Ceftriaxona. Eritromicina. Cefuroxima. Claritromicina. Antitérmicos: Paracetamol 10 mg/kg y dosis. Iboprufero 10 mg/kg y dosis. Metonidazol IV en minibolsa 1cc/10 kg.	Amoxicilina. Amoxi+Clavulánico. Cefotaxima. Ceftriaxona. Eritromicina. Cefuroxima. Claritromicina. Antitérmicos: Paracetamol 10 mg/kg y dosis. Iboprufero 10 mg/kg y dosis. Metonidazol IV en minibolsa 1 cc/10 kg.	Amoxicilina. Eritromicina. Claritromicina. Cefuroxima. Amoxi+Clavulánico. Cefotaxima. Ceftriaxona.	Amoxicilina. Eritromicina. Claritromicina. Cefuroxima.	Amoxicilina. Eritromicina. Claritromicina. Cefuroxima.
ACTIVIDAD	Reposo en cama. Aseo ayudado	Reposo relativo. Aseo ayudado.	Reposo relativo. Deambulación. Aseo ayudado.	Reposo relativo. Deambulación. Aseo ayudado.	Reposo relativo. Deambulación. Aseo ayudado.	Reposo relativo. Deambulación. Aseo ayudado.
DIETA	Ayuno/dieta blanda. Líquidos abundantes.	Dieta blanda. Líquidos abundantes.	Dieta blanda/normal. Líquidos abundantes.	Dieta normal	Dieta normal	
INFORMACION Y APOYO	Información a paciente y familiares. C. informado si técnicas de riesgo.	Información a paciente y familiares.	Información a paciente y familiares.	Información a paciente y familiares.	Información a paciente y familiares. Encuesta satisfacción.	Explicación del informe del alta y recomendaciones.
CRITERIOS DE ALTA					Criterios clínicos.	

VIA CLINICA DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

INFORMACION PARA EL PACIENTE Y/O FAMILIAR

<b>DIA</b> Ubicación	<b>CUIDADOS</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDICACION</b>	<b>COMIDA</b>
<b>1</b> Ingreso Urgencias-Planta		 REPOSO EN CAMA		 DIETA BLANDA
<b>2</b> Planta		 REPOSO EN CAMA		 DIETA BLANDA
<b>3</b> Planta		 DIETA BLANDA/NORMAL		 DIETA BLANDA/NORMAL
<b>4</b> Planta				 DIETA NORMAL
<b>5</b> Planta			 ORAL	 DIETA NORMAL
<b>6</b> Planta			 ORAL	 DIETA NORMAL
<b>7</b> Planta	 ALTA		 ORAL	 DIETA NORMAL

Esta secuencia muestra la evolución más habitual de su patología. En cualquier caso, su atención será adaptada a su caso particular. Deseamos que su estancia en el hospital sea lo más agradable posible.

**HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA**

**SERVICIO DE PEDIATRIA**

**DR:**

ETIQUETA

(En su defecto indique nombre y ubicación del paciente)

NOMBRE:.....

CAMA:.....

**Marcar con una “X” lo realizado en las casillas no sombreadas**

<b>ENFERMERIA</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
Valoración de enfermería							
Plan de cuidados							
Temperatura							
FC							
TA							
Vía venosa periférica				S/N			
Bioquímica					S/N		
Hemograma					S/N		
Hemocultivo							
Serología neumonia							
Rx. de tórax							
Oxigenoterapia	S/N	S/N	S/N				
Fluidoterapia	S/N	S/N	S/N				
Antitérmicos (Analgésicos)	S/N	S/N	S/N	S/N			
Antibióticos IV				S/N			
Antibióticos orales				S/N			
Encuesta de satisfacción							

<b>MEDICO</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
Anamnesis							
Exploración física							
Tratamiento							
Valoración de pruebas complementarias							
Paso de antibióticos IV a orales				S/N	S/N		
Información al enfermo y familiares							
Valoración de criterios de alta							
Anticipación de alta							
Informe de alta							S/N

**HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA CON INGRESO**

<b>SERVICIO DE PEDIATRIA</b>	<b>DR:</b>
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente)	DIA 1 – FECHA: (...../...../.....)
NOMBRE:.....	<b>INGRESO</b>
CAMA:.....	<b>URGENCIA – PLANTA</b>
	Hora de ingreso: (...../.....)

**Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado**

<b>ENFERMERIA</b>					
Valoración de enfermería					
Plan de cuidados					
Vía venosa periférica					
Hemograma					
Bioquímica: Urea, Creatinina, Iones y Glucosa					
Serología					
Hemocultivo					
PCR					

<b>MEDICACION</b>					
Nolotil IV					
Ibuprofeno					
Paracetamol					
Claritromicina					
Ceftriaxona.					

<b>MEDICO</b>					
Anamnesis					
Petición de pruebas complementarias					
Información al paciente y familiares					

<b>VARIACIONES DE LA VIA CLINICA</b>	<b>Firma</b>
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

**Firma del coordinador:**

**HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA**

<b>SERVICIO DE PEDIATRIA</b>	<b>DR:</b>
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente)  NOMBRE:.....  CAMA:.....	DIA 2 – FECHA: (...../...../.....)   PLANTA

**Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado**

<b>ENFERMERIA</b>				
Valoración de enfermería	<input type="checkbox"/>	<b>CONSTANTES VITALES</b>	Temperatura	<input type="checkbox"/>
Plan de cuidados	<input type="checkbox"/>		F. Cardíaca	<input type="checkbox"/>
Analítica de ingreso	<input type="checkbox"/>		F. Respiratoria	<input type="checkbox"/>
Serología.	<input type="checkbox"/>			
Vía venosa periférica	<input type="checkbox"/>		Gasometría arterial (si procede)	<input type="checkbox"/>
Fluidoterapia (si precisa)	<input type="checkbox"/>		Oxigenoterapia (si precisa)	<input type="checkbox"/>

<b>MEDICACION</b>				
Amoxicilia-clavulánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nolotil (si fiebre)
Cefotaxima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefuroxima
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eritromicina
Ibuprofeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claritromicina
				Ceftriaxona

<b>MEDICO</b>				
Anamnesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exploración	<input type="checkbox"/>
Valoración de pruebas complementarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento	<input type="checkbox"/>
Información al paciente y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>VARIACIONES DE LA VIA CLINICA</b>	<b>Firma</b>
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

**Firma del coordinador:**

**HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA**

<b>SERVICIO DE PEDIATRIA</b>	<b>DR:</b>
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente)  NOMBRE:.....  CAMA:.....	DIA 3 – FECHA: (...../...../.....)   PLANTA

**Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado**

ENFERMERIA									
Valoración de enfermería	<input type="checkbox"/>	CONSTANTES VITALES	Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de cuidados	<input type="checkbox"/>		F. Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vía venosa periférica	<input type="checkbox"/>		F. Respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluidoterapia (si precisa)	<input type="checkbox"/>		Oxigenoterapia (si precisa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICACION									
Amoxicilia-clavulánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefotaxima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceftriaxona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nolotil (si fiebre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Cefuroxima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICO									
Evaluación clínica	<input type="checkbox"/>	Exploración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valoración de analítica	<input type="checkbox"/>	Tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información al paciente y familiares	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA								Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.								
Turno de mañana:								
Turno de tarde:								
Turno de noche:								

**Firma del coordinador:**

**HOJA DE VERIFICACION-VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA**

<b>SERVICIO DE PEDIATRIA</b>	<b>DR:</b>
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente)	DIA 4 – FECHA: (...../...../.....)
NOMBRE:.....	PLANTA
CAMA:.....	

**Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado**

<b>ENFERMERIA</b>			
Valoración de enfermería	CONSTANTES VITALES	Temperatura	<input type="checkbox"/>
Plan de cuidados		F. Cardíaca	<input type="checkbox"/>
Vía venosa periférica		F.Respiratoria	<input type="checkbox"/>
Fluidoterapia si precisa	Oxigenoterapia (si precisa)		<input type="checkbox"/>
	Gasometría arterial (si procede)		<input type="checkbox"/>

<b>MEDICACION</b>			
		Amoxicilina	<input type="checkbox"/>
Amoxicilina-clavulánico		Ceftriaxona	<input type="checkbox"/>
Cefotaxima		Cefuroxima	<input type="checkbox"/>
Claritromicina		Nolotil	<input checked="" type="checkbox"/>
Paracetamol		Ibuprofeno	<input type="checkbox"/>

<b>MEDICO</b>			
Evaluación clínica		Exploración	<input type="checkbox"/>
Petición de pruebas complementarias		Tratamiento	<input type="checkbox"/>
Información al paciente y familiares			<input type="checkbox"/>

<b>VARIACIONES DE LA VIA CLINICA</b>	<b>Firma</b>
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

**Firma del coordinador:**

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA					
<b>SERVICIO DE PEDIATRIA</b>			<b>DR:</b>		
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente)  NOMBRE:.....  CAMA:.....			DIA 5 – FECHA: (...../...../.....)   PLANTA		
<b>Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado</b>					
<b>ENFERMERIA</b>					
Valoración de enfermería	<input type="checkbox"/>	CONSTANTES VITALES	Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de cuidados	<input type="checkbox"/>		F. Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retirar vía venosa periférica	<input type="checkbox"/>		F. Respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MEDICACION</b>					
Amoxicilina oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefuroxima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claritromicina oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MEDICO</b>					
Evaluación clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exploración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valoración de pruebas complementarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información al paciente y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

**Firma del coordinador:**



HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA					
<b>SERVICIO DE PEDIATRIA</b>			<b>DR:</b>		
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente)  NOMBRE:.....  CAMA:.....			DIA 6 – FECHA: (...../...../.....)   PLANTA		
<b>Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado</b>					
<b>ENFERMERIA</b>					
Valoración de enfermería			CONSTANTES VITALES	Temperatura	
Plan de cuidados				F. Cardiac	
Encuesta de satisfacción				F. Respirat.	
<b>MECICACION</b>					
Amoxicilina			Cefuroxima		
Claritromicina			Eritromicina		
<b>MEDICO</b>					
Valoración clínica			Exploración		
Valoración pruebas complementarias			Tratamiento		
Valorar criterios de alta/Informe de alta			Información al paciente y familiares		

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

**Firma del coordinador:**

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA						
<b>SERVICIO DE PEDIATRIA</b>		<b>DR:</b>				
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente)  NOMBRE:.....  CAMA:.....		DIA 7 – FECHA: (...../...../.....)   PLANTA				
<b>Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado</b>						
<b>ENFERMERIA</b>						
Valoración de enfermería	<input type="checkbox"/>	CONSTANTES VITALES	Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de cuidados	<input type="checkbox"/>		F. Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			F. Respirat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MEDICACION</b>						
Amoxicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefuroxima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MEDICO</b>						
Evaluación clínica	<input type="checkbox"/>	Exploración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información al paciente y familiares	<input type="checkbox"/>	Recomendaciones al alta/Informe de alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

**Firma del coordinador:**

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA					
<b>SERVICIO DE PEDIATRIA</b>			<b>DR:</b>		
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente)  NOMBRE:.....  CAMA:.....			DIA 8 – FECHA: (...../...../.....)   PLANTA		
<b>Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado</b>					
<b>ENFERMERIA</b>					
Valoración de enfermería		CONSTANTES VITALES	Temperatura		
			F. Cardíaca		
Plan de cuidados			F. Respirat.		
<b>MEDICO</b>					
Evaluación clínica		Exploración			
Información al paciente y familiares					
Recomendaciones al alta/Informe de alta					

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

**Firma del coordinador:**

## ENCUESTA DE SATISFACCION DEL ENFERMO/FAMILIAR

### VIA CLINICA DE NEUMONIA EXTRAHOSPITALARIA CON INGRESO

SERVICIO DE PEDIATRIA, DR:.....

Por favor recuerde que se le pregunta en cada cosa «Lo que ha recibido» y «Lo que desea y espera recibir»  
 Marque con una "X" lo que proceda: 1: Nivel más bajo o lo peor 10: Nivel más alto o lo mejor

¿Conoce el nombre del médico que le ha atendido?											SI	NO
¿Conoce el nombre de la enfermera que le ha cuidado?											SI	NO
¿Qué valor le da usted a conocer el nombre del médico que le ha atendido?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué valor le da usted a conocer el nombre de la enfermera que le ha cuidado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Le enseñaron y explicaron los dibujos informativos de su estancia en el hospital?											SI	NO
¿Cómo valora usted que se le informe de las atenciones que va a recibir?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Coincidió su estancia con lo que en esa hoja se le explico?											SI	NO
¿Qué importancia le da usted a que coincida lo planificado con lo realizado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Qué mejoría del estado general sintió usted en los primeros días del niño?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a la mejoría del estado general del niño?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Cómo cree que le informaron de la enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a estar informado de la enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Se ajustó el tiempo de visitas a lo esperado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a tener visitas en el hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Qué le pareció la limpieza de la habitación donde ha estado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a la limpieza de la habitación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Qué le pareció la comida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a la cantidad y calidad de la comida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Recomendaría a un familiar los servicios de este hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué valor le da usted a la atención recibida en este hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Estamos interesados en utilizar sus opiniones para mejorar nuestro trabajo. ¿Desea hacer alguna sugerencia adicional?. Por favor díganos:

Lo que menos le ha gustado:
Lo que más le ha gustado:

Gracias por su atención