



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA

Código: 000000

Atención al Usuario

Versión: 1.0

Encuesta de Satisfacción

Fecha de Aprobación:
15/10/2017

Nombre							Fecha	Día	Mes	Año
Tipo de Documento	NUI	RC	CC	CE	TI	Número	Celular			
Lugar de Vivienda				Dirección						
EPS a la Que Pertenece el Usuario										

Derechos y Deberes

Comprende usted, cuales son sus derechos y deberes como usuario de la ESE Hospital San José SI NO

Su opinion es muy importante para nosotros por que nos permite organizar nuestros servicios para poder satisfacer sus expectativas, por ello le solicitamos que responda con sinceridad, marcando X, una sola respuesta por pregunta.

Sede de la Encuesta

Sede La Palma - ESE Hospital San José	<input type="checkbox"/>	Sede Yacopi - Centro de Salud San Antonio	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	---	--------------------------

Servicio al cual usted asistió.

Consulta Externa	<input type="checkbox"/>	Odontología	<input type="checkbox"/>	Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Radiología	<input type="checkbox"/>	Urgencias	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Farmacia	<input type="checkbox"/>	Vacunación	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	Planificación	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Cual?	<input type="checkbox"/>

Cual es su opinion con respecto a los siguientes temas

Tema	Bueno	Regular	Malo
Señalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iluminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentación del Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentación de las Instalaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientación al Usuario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cual es su opinión sobre la atención dada por el personal de la IPS

La Persona que lo atendio fue	<input type="checkbox"/>	Amable	<input type="checkbox"/>	Indiferente	<input type="checkbox"/>	Irrespetuoso
La información que le dieron fue	<input type="checkbox"/>	Clara	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Confusa
Usted sintió que la atención fue	<input type="checkbox"/>	Buena	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Mala
Tiempo que transcurrio entre la llegada a la IPS y atención en caja, fue de	<input type="checkbox"/>	15 Minutos	<input type="checkbox"/>	30 Minutos	<input type="checkbox"/>	Mas de 30 Min
Tiempo que transcurrio entre asignación de cita y hora de atención, fue de	<input type="checkbox"/>	15 Minutos	<input type="checkbox"/>	30 Minutos	<input type="checkbox"/>	Mas de 30 Min
Usted considera que la duración de la consulta con el profesional, fue	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Insuficiente

Cual es su opinion con respecto a los siguientes temas

Tema	Bueno	Regular	Malo
Asignación de citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facturación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apertura de Historia Clínica Estadística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma y entrega de Rayos Equis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma y entrega de laboratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recomendaria usted la ESE Hospital San José de La Palma a un familiar o conocido? SI NO

Observaciones, Comentarios o Reclamos

Firma del Paciente _____