

E.S.E. HOSPITAL SAN CARLOS AIBE - HUILA NIT. 891.180.238-1	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO		
	PROCESO:	SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	
	CÓDIGO:	AU-FO/03/2023	

En el presente formato encontrará, diferentes espacios a evaluar frente a la prestación de los servicios de salud que le brinda la E.S.E. Hospital San Carlos de Aipe, su opinión es muy importante para nosotros permitiendonos la mejora continua del servicio.

FECHA:

Día

Mes

Año

Estoy Afiliado (a) a:

Sanitas

Nueva EPS

Otra

MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE:

RÉGIMEN DE SALUD

A. Especial

B. Contributivo

C. Subsidio

D. Ppna

EDAD

SEXO

M

F

MARQUE EL ULTIMO SERVICIO EN EL QUE FUE ATENDIDO

SIAU		Citología		Medicina Gral.		Odontología	
Enfermería		Lab. Clínico		Vacunación		Hospitalización	
Urgencias		Farmacia		Otro. ¿Cual?			

1. ACCEBILIDAD AL SERVICIO

En las opciones que se presentan a continuación, marque con una (X) entre la opción SI - NO o NO SABE/NO RESPONDE, de acuerdo a su satisfacción con el servicio prestado en la E.S.E. Hospital San carlos de Aipe.

	SI	NO	NS/NR
1.1. El horario y mecanismo de asignación de citas es adecuado?			
1.2. Obtuvo su cita con facilidad?			

2. SEGURIDAD

En las opciones que se presentan a continuación, marque con una (X) entre la opción SI - NO o NO SABE/NO RESPONDE, de acuerdo a su satisfacción con el servicio prestado en la E.S.E. Hospital San carlos de Aipe.

	SI	NO	NS/NR
2.1. El Profesional que lo atendió le explico con palabras fáciles de entender su diagnóstico'			
2.2. Previo a la atención le explicaron los riesgos y alternativas de tratamiento y/o procedimiento?			
2.3. Considera usted que las instalaciones y equipos de la IPS garantizan al paciente seguridad durante la atencion?			

3. SATISFACCIÓN GLOBAL

Marque en las opciones que se presenten a continuación, la respuesta que usted considera pertinente:

3.1. Cómo califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la E.S.E. Hospital San Carlos de Aipe?

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Muy mala

NR

3.2. Recomienda a sus familiares y amigos este Hospital?

Definitivamente Sí

Definitivamente No.

Probablemente Sí

Probablemente No

NR

4. COMODIDAD DE LAS INSTALACIONES

En las opciones que se presentan a continuación, marque con una (X) entre la opción SI - NO o NO SABE/NO RESPONDE, de acuerdo a su satisfacción con el servicio prestado en la E.S.E. Hospital San carlos de Aipe.

	SI	NO	NS/NR
4.1. Condiciones de orden y aseo			

5. PERCEPCIÓN DEL SERVICIO

Evalúe de manera general la prestación del servicio recibido en la E.S.E. Hospital San Carlos de Aipe.

	SI	NO
5.1. Conoce usted los mecanismos para manifestar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones?		
5.2. Comoce usted los derechos y deberes que tiene como usuario?		

6. SUGERENCIAS

AGRADECEMOS SU VALIOSO TIEMPO DEDICADO EN EL DILENCIAMIENTO DE LA PRESENTE ENCUESTA