



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE
FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO

Version 3
 Vigencia 30/11/2021

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial; responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Urología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10/04/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: ROSA BATORQUEZ HERRERA

N. IDENTIFICACIÓN: 34945200 EDAD: 50

DIRECCIÓN: B. Juan Forjuel TELÉFONO: 3123932155

CORREO ELECTRÓNICO: _____ EPS: COO Salud

GRUPO ÉTNICO: _____ PROCEDENCIA: RURAL URBANA

ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	<input checked="" type="checkbox"/>			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>			
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>			
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>			
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	<input checked="" type="checkbox"/>			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>			
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web	<input checked="" type="checkbox"/>			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE SI <input type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE NO <input type="checkbox"/>	DEFINITIVAMENTE NO <input type="checkbox"/>
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA <input checked="" type="checkbox"/>	BUENA <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MALA <input type="checkbox"/>
	MUY MALA <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>		

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?

2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?

2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?

3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?

4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?

FINANCIERA ASISTENCIAL JURÍDICA ADMINISTRATIVA

¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE
FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

Version 3
 Vigencia 30/11/2021

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Ortopedia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10/01/2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO
 NOMBRE COMPLETO: Yveth Paola Diaz Arrieta
 N. IDENTIFICACIÓN: 1204405036 EDAD: 37
 DIRECCIÓN: BARRIO SAN FRANCISCO TELÉFONO: 3726446615
 CORREO ELECTRÓNICO: _____ EPS: COSOLTA
 GRUPO ÉTNICO: _____ PROCEDENCIA: RURAL URBANA

ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	NR		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web	X					
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
 1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?
 2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
 1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?
 2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?
 3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?
 4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)
 ¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?
 FINANCIERA ASISTENCIAL JURIDICA ADMINISTRATIVA

¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!



HOSPITAL REGIONAL
DE II NIVEL DE **SAN MARCOS ESE**

HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

Versión
3

Vigencia
30/11/2023

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Ortopedia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 14 MAY 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Amelia Ojeda Lyons

N. IDENTIFICACIÓN: 23100888

DIRECCIÓN: Barrio San Jee

CORREO ELECTRÓNICO: _____

GRUPO ÉTNICO: _____

EDAD: 67

TELÉFONO: 314729812

EPS: Cooper

PROCEDENCIA: RURAL URBANA

ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	<input checked="" type="checkbox"/>			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>			
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>			
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>			
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	<input checked="" type="checkbox"/>			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>			
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web	<input checked="" type="checkbox"/>			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE SI <input type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE NO <input type="checkbox"/>	DEFINITIVAMENTE NO <input type="checkbox"/>
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA <input checked="" type="checkbox"/>	BUENA <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MALA <input type="checkbox"/>
	MUY MALA <input type="checkbox"/>	N/R <input type="checkbox"/>		

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?

2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?

2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?

3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?

4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?

FINANCIERA ASISTENCIAL JURIDICA ADMINISTRATIVA

¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10/01/2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Bryan Lopez Sandoval - Yineith Sandoval

N. IDENTIFICACIÓN: 104442533 EDAD: 10-Meses

DIRECCIÓN: San Francisco TELÉFONO: 3225966942

CORREO ELECTRÓNICO: EPS: Mutualser

GRUPO ÉTNICO: PROCEDENCIA: RURAL URBANA

ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?						
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			X			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?			X			
	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?

2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?

2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?

3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?

4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?

FINANCIERA ASISTENCIAL JURIDICA ADMINISTRATIVA

¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE			Versión 3				
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO			Vigencia 30/11/2021				
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.								
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Pediatría</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>05/11/2022</i>				
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO								
NOMBRE COMPLETO		<i>Angélica Reguena Bustamante</i>						
N. IDENTIFICACIÓN		<i>1.104.433.786</i>		EDAD <i>7 años</i>				
DIRECCIÓN		<i>San Rafael 1</i>		TELÉFONO <i>374.505.6153</i>				
CORREO ELECTRÓNICO				EPS <i>Mutual Se</i>				
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA <input type="checkbox"/> RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBANA				
ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)								
PREGUNTA			RESPUESTA					
			SI	NO	NS/NR	N/A		
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		X					
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?		X					
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?		X					
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?		X					
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?		X					
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?		X					
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?		X					
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?		X					
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?		X					
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?		X					
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?		X					
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		X					
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE		
		X						
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR
			X					
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA								
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?							
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?		X	X				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN								
1	Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?							
2	Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?							
3	¿Le informaron sobre el horario de visitas?							
4	¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?							
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)								
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA			
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!								

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3		
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO				Vigencia 30/11/2021		
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.							
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Derivado</i>			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>05/01/2023</i>		
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO							
NOMBRE COMPLETO			<i>Maria Buelvas Vargas - Yareth Vargas</i>				
N. IDENTIFICACIÓN			<i>1104 436 844</i>		EDAD <i>5</i>		
DIRECCIÓN			<i>CL 19 csa 32 San José</i>		TELÉFONO <i>3705272684</i>		
CORREO ELECTRÓNICO					EPS <i>Mutual Ser</i>		
GRUPO ÉTNICO					PROCEDENCIA RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input checked="" type="checkbox"/>		
ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)							
PREGUNTA				RESPUESTA			
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> N/A
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?				<input checked="" type="checkbox"/>			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?				<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?				<input checked="" type="checkbox"/>			
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?				<input checked="" type="checkbox"/>			
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?				<input checked="" type="checkbox"/>			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?				<input checked="" type="checkbox"/>			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?				<input checked="" type="checkbox"/>			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?				<input checked="" type="checkbox"/>			
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?				<input checked="" type="checkbox"/>			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?				<input checked="" type="checkbox"/>			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?				<input checked="" type="checkbox"/>			
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web				<input checked="" type="checkbox"/>			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?		<input checked="" type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE NO	<input type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE NO	<input type="checkbox"/> NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?		<input checked="" type="checkbox"/> MUY BUENA	<input type="checkbox"/> BUENA	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MALA	<input type="checkbox"/> MUY MALA	<input type="checkbox"/> NR
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA							
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?					<input checked="" type="checkbox"/>		
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?					<input checked="" type="checkbox"/>		
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN							
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?							
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?							
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?							
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?							
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio							
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)							
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		<input type="checkbox"/> FINANCIERA	<input type="checkbox"/> ASISTENCIAL	<input type="checkbox"/> JURIDICA	<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA		
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>							

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 3
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO	Vigencia 30/11/2021

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial; responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Med. Ortopedia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 18 de Oct 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	<u>Alec y penate Luna</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>311 948 425</u>	EDAD	<u>42</u>
DIRECCIÓN	<u>Las Flores</u>	TELÉFONO	<u>310 522 0841</u>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>EPS</u>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL</u> URBANA

ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)

PREGUNTA	RESPUESTA				
	SI	NO	NS/NR	N/A	
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	<input checked="" type="checkbox"/>				
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>				
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>				
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>				
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>				
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>				
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>				
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>				
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>				
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	<input checked="" type="checkbox"/>				
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>				
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<input checked="" type="checkbox"/>		
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	<input checked="" type="checkbox"/>				

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?			

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?	<input checked="" type="checkbox"/>		
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?	<input checked="" type="checkbox"/>		
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?	<input checked="" type="checkbox"/>		
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	<input checked="" type="checkbox"/>		

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio escriba

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA
--	------------	-------------	----------	----------------

¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!



HOSPITAL REGIONAL
DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

Versión
3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
AL USUARIO

Vigencia
30/11/2021

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Cirugía* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *18 de Mayo 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Monica Jose Campodice</i>		
N. IDENTIFICACIÓN	<i>1102084113</i>	EDAD	<i>17</i>
DIRECCIÓN	<i>Las Posa</i>	TELÉFONO	<i>32055372</i>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<i>0054105</i>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	<input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA

ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	<input checked="" type="checkbox"/>					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	<input checked="" type="checkbox"/>					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<input checked="" type="checkbox"/>			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA <input checked="" type="checkbox"/>	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?				
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?				

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?	<input checked="" type="checkbox"/>			
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?	<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?	<input checked="" type="checkbox"/>			
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	<input checked="" type="checkbox"/>			

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

Posada

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE			Versión 3	
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO			Vigencia 30/11/2021	
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.					
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Geografía</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <i>03 MAY 2023</i>			
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO: <i>Yamile Delcarmen Camargo martínez</i>		EDAD: <i>46</i>			
N. IDENTIFICACIÓN: <i>39946377</i>		TELÉFONO: <i>311416360</i>			
DIRECCIÓN: <i>La Unión (Socre)</i>		EPS: <i>COOSALUD</i>			
CORREO ELECTRÓNICO: <i>/</i>		PROCEDENCIA: <input type="checkbox"/> RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBANA			
GRUPO ÉTNICO: <i>/</i>					
ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)					
PREGUNTA		RESPUESTA			
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> N/A
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		<input checked="" type="checkbox"/>			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?		<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?		<input checked="" type="checkbox"/>			
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?		<input checked="" type="checkbox"/>			
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?		<input checked="" type="checkbox"/>			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?		<input checked="" type="checkbox"/>			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?		<input checked="" type="checkbox"/>			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?		<input checked="" type="checkbox"/>			
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?		<input checked="" type="checkbox"/>			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?		<input checked="" type="checkbox"/>			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?		<input checked="" type="checkbox"/>			
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<input checked="" type="checkbox"/>		
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?		<input checked="" type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE NO	<input type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE NO
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?		<input type="checkbox"/> MUY BUENA	<input checked="" type="checkbox"/> BUENA	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MALA
		<input type="checkbox"/> MUY MALA	<input type="checkbox"/> NR		
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			<input checked="" type="checkbox"/>		
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?		<input checked="" type="checkbox"/>			
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?					
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?					
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?					
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?					
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio					
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)					
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		<input type="checkbox"/> FINANCIERA	<input type="checkbox"/> ASISTENCIAL	<input type="checkbox"/> JURIDICA	<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!					

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE			Versión 3			
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO			Vigencia 30/11/2021			
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.							
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <u>Ecografía</u>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		09/01/2023			
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO							
NOMBRE COMPLETO		<u>MANUEL VALEXIO DIAZ</u>					
N. IDENTIFICACIÓN		<u>7100080770</u>		EDAD	<u>27</u>		
DIRECCIÓN		<u>V. CAÑO VIEJO</u>		TELÉFONO	<u>327849495</u>		
CORREO ELECTRÓNICO				EPS	<u>San salud</u>		
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA	<input checked="" type="checkbox"/> RÚRAL <input type="checkbox"/> URBANA		
ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)							
PREGUNTA			RESPUESTA				
			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> N/A	
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?		DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NIR
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA							
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN							
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio							
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)							
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!							

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO				Vigencia 30/11/2021
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.					
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <u>Urgencias</u>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <u>15/01/2023</u>			
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO: <u>KAROL CALI VASQUEZ YULNIS VASQUEZ V</u>		EDAD: <u>2</u>			
N. IDENTIFICACIÓN: <u>110440446</u>		TELÉFONO: <u>310821921</u>			
DIRECCIÓN: <u>Belen</u>		EPS: <u>m/Sei</u>			
CORREO ELECTRÓNICO:		PROCEDENCIA: <u>RURAL</u>		<u>URBANA</u>	
GRUPO ÉTNICO:					
ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)					
PREGUNTA		RESPUESTA			
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> N/A
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X		2 Horas	
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X			
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X			
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X			
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X			
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X			
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X			
8	¿Alguien en el servicio la habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X			
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X			
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X			
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X			
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		X		
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	X			
		DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?		X		
		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
				MUY MALA	NR
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?				
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
1	Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?	X			
2	Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?	X			
3	¿Le informaron sobre el horario de visitas?	X			
4	¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	X			
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio					
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)					
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		<input type="checkbox"/> FINANCIERA	<input type="checkbox"/> ASISTENCIAL	<input type="checkbox"/> JURIDICA	<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!					

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE			Versión 3				
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO			Vigencia 30/11/2021				
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.								
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Urgencias</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		05/01/2023				
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO								
NOMBRE COMPLETO		SHEYLA MERCADO CORPAS - Dan y Corpas						
N. IDENTIFICACIÓN		10694 85156		EDAD 36				
DIRECCIÓN		Las Bocas		TELÉFONO 3028497433				
CORREO ELECTRÓNICO		EPS S. total		PROCEDENCIA				
GRUPO ÉTNICO		<input checked="" type="checkbox"/> RURAL		<input type="checkbox"/> URBANA				
ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)								
PREGUNTA			RESPUESTA					
			SI	NO	NS/NR	N/A		
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		X					
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?		X					
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?		X					
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?		X					
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?		X					
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?		X					
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?		X					
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?		X					
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?		X					
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?		X					
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?		X					
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			X				
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE		
		X						
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR
				X				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA								
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?							
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?							
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN								
1	Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?		X					
2	Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?		X					
3	¿Le informaron sobre el horario de visitas?		X					
4	¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?		X					
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)								
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA			
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!								