

 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>22 08 2022</i>		
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO						
NOMBRE COMPLETO		<i>Hedassan Pineda Alvarez / Maria Alvarez Gomez</i>				
N. IDENTIFICACIÓN		<i>1104442021</i>		EDAD		
DIRECCIÓN		<i>Barrio Pablo Sexto</i>		TELÉFONO		
CORREO ELECTRÓNICO				EPS		
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			
			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
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?				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
<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

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

Versión
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: Rediortuica FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/08/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Sebastian Yacineco Sivaler - Vidiana Suarez</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>7 104 430 204</u>	EDAD	<u>9</u>
DIRECCIÓN	<u>SAN JOSE</u>	TELÉFONO	<u>313635168</u>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>COOSALUD</u>
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					
	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"/>	NO RESPONDE <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 type="checkbox"/>	BUENA <input checked="" 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?	<input checked="" type="checkbox"/>		<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?	FINANCIERA <input type="checkbox"/>	ASISTENCIAL <input type="checkbox"/>	JURIDICA <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVA <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

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

Versión
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: *Neftalicia* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 18/08/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: *Luz Marina Castro Cocheo - Enauli Joralle*
 N. IDENTIFICACIÓN: *34945777* EDAD: *59*
 DIRECCIÓN: *La meta* TELÉFONO: *37074242*
 CORREO ELECTRÓNICO: EPS: *Coosalud*
 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?	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
FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO

Versión 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: *Oficina de Atención al Usuario* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *12/08/2022*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Karen Johana Ortiz Pinos</i>		
N. IDENTIFICACIÓN	<i>34950256</i>	EDAD	<i>41</i>
DIRECCIÓN	<i>Vereda platero</i>	TELÉFONO	<i>3107579092</i>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<i>Caja Copi</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
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		

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

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

Versión
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: Otorrino FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10/08/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Aybed Hernández del aossa.

N. IDENTIFICACIÓN: 34941012 EDAD: 54

DIRECCIÓN: Calle 20-25-97 TELÉFONO: 310763649

CORREO ELECTRÓNICO: _____ EPS: Motalser.

GRUPO ÉTNICO: _____ PROCEDENCIA: RURAL URBANA: 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 ¿Algun 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?	<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?	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
30/11/2021

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: Otorrino FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10/08/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Jhon David Parra Parra - Rosin Parra

N. IDENTIFICACIÓN: 1.057.876.387 EDAD: 17

DIRECCIÓN: Burro al Puyeso TELÉFONO: 3234071502

CORREO ELECTRÓNICO: _____ EPS: Mutua Ssr

GRUPO ÉTNICO: _____ PROCEDENCIA: RURAL

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 ¿Algun 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		
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 30/11/2021

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: Ecografía FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 02 08 2022

NOMBRE COMPLETO		<u>Yizeth Aliana Martinez Vilano</u>	
N. IDENTIFICACIÓN		<u>1005684155</u>	
DIRECCIÓN		EDAD	<u>29</u>
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO	<u>311757642</u>
GRUPO ÉTNICO		EPS	<u>Actual ser</u>
		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					
	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		
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?		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 ¿La 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 30/11/2021

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:

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

02 MAR 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Andrea Carolina Acosta Martinez

N. IDENTIFICACIÓN

100.5684128

EDAD

26

DIRECCIÓN

las garzas.

TELÉFONO

3107711006

CORREO ELECTRÓNICO

EPS

Fami colombia

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?		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		
	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		

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

Me demoraron mucho

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

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO

Versión 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: FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 06/08/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Soraya Diana Riviera Tovar
N. IDENTIFICACIÓN: 7005512874
DIRECCIÓN: La Unión sucre
CORREO ELECTRÓNICO:
GRUPO ÉTNICO:
EDAD: 21
TELÉFONO: 323 3875998
EPS: N.EPS
PROCEDENCIA: RURAL URBANA

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

Table with columns: PREGUNTA, RESPUESTA (SI, NO, NS/NR, N/A). Contains 14 survey questions regarding service satisfaction.

ESPCIO 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?

ESPCIO 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!