

 <b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>		Versión 3		
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>		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>Cervicoid</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <i>05 MAR 2022</i>			
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>					
NOMBRE COMPLETO: <i>José Miguel Pacheco Zurita (Respiro)</i>					
N. IDENTIFICACIÓN: <i>10.882.865</i>		EDAD: <i>47</i>			
DIRECCIÓN: <i>Barrio San José Calle 79</i>		TELÉFONO: <i>3114104469</i>			
CORREO ELECTRÓNICO:		EPS: <i>Familiar Colombia</i>			
GRUPO ÉTNICO:		PROCEDENCIA:		RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/>	
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>					
<b>PREGUNTA</b>		<b>RESPUESTA</b>			
		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"/>	<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
			<input checked="" 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?		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
				<input checked="" type="checkbox"/>	MUY MALA
					NR
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>					
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"/>			
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>					
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 <i>Hernia</i>					
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>					
¿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>					




 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3		
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			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>Genifano</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>14 de Mayo 2022</i>		
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>						
NOMBRE COMPLETO		<i>Meilis Pádsca Rojas</i>				
N. IDENTIFICACIÓN		<i>34 949 366</i>		EDAD		
DIRECCIÓN		<i>Barrío Fernán Fortich</i>		TELÉFONO		
CORREO ELECTRÓNICO		<i>meilis-1903@hotmail.com</i>		EPS		
GRUPO ÉTNICO		<i>AFRO</i>		PROCEDENCIA		
				RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input checked="" type="checkbox"/>		
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>						
<b>PREGUNTA</b>			<b>RESPUESTA</b>			
			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
			<input checked="" 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?			MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
					<input checked="" type="checkbox"/>	MUY MALA
						NR
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>						
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"/>			
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>						
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						
<i>Doctor Restrepo</i>						
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>						
¿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>						




 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3		
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			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>Cerebral</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>05/07/2022</i>		
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>						
NOMBRE COMPLETO		<i>Marleny edith otero tcheran</i>				
N. IDENTIFICACIÓN		<i>64584375</i>		EDAD		
DIRECCIÓN		<i>Santa Ines</i>		TELÉFONO		
CORREO ELECTRÓNICO				<i>3703560661</i>		
GRUPO ÉTNICO				EPS		
				PROCEDENCIA		
				RURAL URBANA		
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>						
<b>PREGUNTA</b>			<b>RESPUESTA</b>			
			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
		<input checked="" 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
				<input checked="" type="checkbox"/>		MUY MALA
						NR
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>						
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"/>			
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>						
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						
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>						
¿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>						




 <b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3				
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			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>Atención</u>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<u>06/07/2022</u>				
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>								
NOMBRE COMPLETO		<u>Rita Baldovino Meza</u>						
N. IDENTIFICACIÓN		<u>PALO ALTO</u>		EDAD	<u>38</u>			
DIRECCIÓN		<u>34950164</u>		TELÉFONO	<u>3148730570</u>			
CORREO ELECTRÓNICO				EPS	<u>mutual</u>			
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA	RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input checked="" type="checkbox"/>			
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>								
<b>PREGUNTA</b>			<b>RESPUESTA</b>					
			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		
		<input checked="" 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	NR
				<input checked="" type="checkbox"/>				
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>								
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"/>					
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>								
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								
<u>Quisiera NASO</u>								
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>								
¿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>								




 <b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>		Versión 3				
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>		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>Anestesiología</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <i>06/07/2022</i>		AAAA			
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO							
NOMBRE COMPLETO: <i>Shawny Solorzano Garrido</i>		EDAD: <i>14</i>					
N. IDENTIFICACIÓN: <i>1043592593</i>		TELÉFONO: <i>310671730</i>					
DIRECCIÓN: <i>V. Candelaria</i>		EPS: <i>coosalud</i>					
CORREO ELECTRÓNICO:		PROCEDENCIA: RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/>					
GRUPO ÉTNICO:		PROCEDENCIA: RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input 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	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?	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 <i>Cirugía Plástica</i>							
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!							




 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>				Versión 3				
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>				Vigencia 12/08/2021				
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.									
<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO</b> <i>Ortopedia</i>				<i>05</i>	<i>07</i>	<i>2022</i>			
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>									
<b>NOMBRE COMPLETO</b> <i>Enaida Illarraz Pabon</i>									
<b>N. IDENTIFICACIÓN</b> <i>34945660</i>				<b>EDAD</b> <i>52</i>					
<b>DIRECCIÓN</b> <i>el oasis</i>				<b>TELÉFONO</b> <i>321 8299357</i>					
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>				<b>EPS</b> <i>MSE</i>					
<b>GRUPO ÉTNICO</b>				<b>PROCEDENCIA</b>		RURAL    URBANA			
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>									
<b>PREGUNTA</b>				<b>RESPUESTA</b>					
				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 donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?			X					
11	¿Cuáles son sus expectativas frente a los procesos de atención de la entidad?			X					
12	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?			X					
13	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web				X				
14	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?		DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE		
			X						
15	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				
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>									
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?					X			
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?			X			X		
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>									
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									
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>									
¿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			Versión 3	
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO			Vigencia 12/08/2021	
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.					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		Ortopedia		05/07/2022	
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	D. I. NA Luz Dominguez Sierra				
N. IDENTIFICACIÓN	7005478753	EDAD	22		
DIRECCIÓN	Finca la lama (velen)		TELÉFONO	3004795397	
CORREO ELECTRÓNICO	DominguezDinaluz286@gmail.com		EPS	mutua ses	
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 donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X			
11	¿Cuáles son sus expectativas frente a los procesos de atención de la entidad?	X			
12	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X			
13	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		X		
14	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
		X			
15	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
			X		
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X		
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	
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!					



 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión <b>3</b>		
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			Vigencia <b>30/11/2021</b>		
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.						
<b>ENCUESTA DEL SERVICIO DE:</b> <i>Ortopedia</i>		<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO</b>		<i>06</i> / <i>07</i> / <i>2022</i>		
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>						
<b>NOMBRE COMPLETO</b>		<i>Alina Ochoa Ortega</i>				
<b>N. IDENTIFICACIÓN</b>		<i>E. 42255211</i>		<b>EDAD</b>		
<b>DIRECCIÓN</b>		<i>Sabana Llanos</i>		<b>TELÉFONO</b>		
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>				<b>EPS</b>		
<b>GRUPO ÉTNICO</b>				<b>PROCEDENCIA</b>		
				RURAL    URBANA		
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>						
<b>PREGUNTA</b>			<b>RESPUESTA</b>			
			<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>NA</b>
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?			X			
			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		
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>						
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?				X		
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?			X			
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>						
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						
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>						
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		<b>FINANCIERA</b>	<b>ASISTENCIAL</b>	<b>JURIDICA</b>	<b>ADMINISTRATIVA</b>	
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>						