

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: M Interna	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 06/06/2022
--	--

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	Henry M. Alemán Contreras		
N. IDENTIFICACIÓN	20.884595	EDAD	46
DIRECCIÓN	Vereda el Llano	TELÉFONO	3205130776
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	COOSUTUD
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	Y

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 X	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 X	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
--	------------	-------------	----------	----------------

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE
 FORMIATO 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: *M. Interna* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *06/06/2022*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>HEIDER ALCANA ALVAREZ</i>		
N. IDENTIFICACIÓN	<i>1005684452</i>	EDAD	<i>25</i>
DIRECCIÓN	<i>DJERITO LOPEZ</i>	TELÉFONO	<i>312395788</i>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<i>COOSALUD</i>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	<i>X</i>

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?	<i>X</i>			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<i>X</i>			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	<i>X</i>			
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	<i>X</i>			
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	<i>X</i>			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<i>X</i>			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<i>X</i>			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<i>X</i>			
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<i>X</i>			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	<i>X</i>			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<i>X</i>			
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web	<i>X</i>			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI <i>X</i>	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 <i>X</i>	BUENA	REGULAR	MALA MUY MALA NR

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		<i>X</i>		
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?	<i>X</i>			

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>H. Ortopedia</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>06/06/2022</i>			
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO							
NOMBRE COMPLETO		<i>Vitelia Bracamonte Mendoza</i>					
N. IDENTIFICACIÓN		<i>C: 25.816.264.</i>		EDAD			
DIRECCIÓN		<i>Vellavista Buena.</i>		TELÉFONO			
CORREO ELECTRÓNICO				EPS			
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA			
				<i>Coosolid</i>			
				<i>X</i>			
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?			<i>X</i>				
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?			<i>X</i>				
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?			<i>X</i>				
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?			<i>X</i>				
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?			<i>X</i>				
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?			<i>X</i>				
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?			<i>X</i>				
8 ¿Alguien en el servicio te habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?			<i>X</i>				
9 Si respondió SI a la anterior pregunta. ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?			<i>X</i>				
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?			<i>X</i>				
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?			<i>X</i>				
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web				<i>X</i>			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?		DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
		<i>X</i>					
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
		<i>X</i>					
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA							
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			<i>X</i>				
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?			<i>X</i>				
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 ciudadana?		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			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		<i>24 06 2027</i>	
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO <i>Luis Miguel Ortega</i>		EDAD <i>62</i>			
N. IDENTIFICACIÓN <i>70.846415</i>		TELÉFONO <i>3114189525</i>			
DIRECCIÓN <i>11 Monjas</i>		EPS <i>COOSAJA</i>			
CORREO ELECTRÓNICO		PROCEDENCIA <i>F</i>			
GRUPO ÉTNICO					
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 cómo 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"/>			
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"/>		
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					
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			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>24 06 2022</u>			
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO: <u>Griselda Martinez Gonzalez</u>		EDAD: <u>65</u>			
N. IDENTIFICACIÓN: <u>42235149</u>		TELÉFONO: <u>321663201</u>			
DIRECCIÓN: <u>Santa Ines</u>		EPS: <u>COOSUNUD</u>			
CORREO ELECTRÓNICO:		PROCEDENCIA: <input checked="" type="checkbox"/>			
GRUPO ÉTNICO:					
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 cómo 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"/>			
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					
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
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 Urología 07 08 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>LUZ MILA CAMPO Jaramila</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>1104408472</u>	EDAD	<u>40 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Belen</u>	TELÉFONO	<u>3146895725</u>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>Coosalud</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?	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				

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!



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: Urología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 02 06 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Jose Manuel Calderin ortiz
 N. IDENTIFICACIÓN: 1104408566 EDAD: 77
 DIRECCIÓN: Las Flores TELÉFONO: 3046617907
 CORREO ELECTRÓNICO: Jcalderin709@gmail.com EPS: cosalud
 GRUPO ÉTNICO: Indígena 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	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>Urología</u>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		DD <u>22</u>	MM <u>06</u>	
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO						
NOMBRE COMPLETO		<u>Eparkvid Miguel Ramos Gonzalez</u>				
N. IDENTIFICACIÓN		<u>1133839890</u>		EDAD	<u>26</u>	
DIRECCIÓN		<u>BAERIO, NUEVO MEXICO</u>		TELÉFONO	<u>3146730497</u>	
CORREO ELECTRÓNICO		<u>EMIGUEL2621@HotMail.com</u>		EPS	<u>Coosajivd</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"/>
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 <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!						