



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

VERSION 3

VIGENCIA

30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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: *Hos Maternidad* .FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 12 M 01 A 2022*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Francisca Nuñez Corderas</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>1100250069</i>	EDAD	<i>30</i>
DIRECCIÓN	<i>V. Nueva Fe - Caiquito</i>	TELEFONO	<i>313706926</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>NEPS</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL URBANA</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 ¿ Esta 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 pregunto 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 hablo 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 ect. ?	<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, Twitther, pagina 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 ?	MUY BUENA	<input checked="" type="checkbox"/> BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?				
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación 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"/>			

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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	ADMINISTRATIV

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



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

VERSIÓN

VIGENCIA

30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Hos. Mateo* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *11.11.2021*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO		2021	
NOMBRE COMPLETO	<i>Pablo E. Alemán Mejía - Efran Alemán</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>951551</i>	EDAD	<i>82</i>
DIRECCIÓN	<i>B. Ferrocarril</i>	TELEFONO	<i>3107248</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>0788 85</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL</i>

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

PREGUNTA	RESPUESTA				
	SI	NO	NS/NI		
1 ¿Esta 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 sí 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 ect.?	<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, Twither, pagina 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
		<input checked="" type="checkbox"/>			

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?			
2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación 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"/>		

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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 checked="" type="checkbox"/>		

Agradecemos su valiosa opinión que nos ayudará a construir un mejor servicio.



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

VERSION 3

VIGENCIA

30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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: Los Pediatra FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 01/15 M 01 A 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Elieen ortega Sandoval</u>			<u>Fabian ortega</u>	
No. IDENTIFICACION	<u>1104440395</u>			EDAD	<u>U</u>
DIRECCIÓN	<u>N San Rafael 2</u>			TELEFONO	<u>313584791</u>
CORREO ELECTRONICO				EPS	<u>N-EPS</u>
GRUPO ETNICO				PROCEDENCIA	<u>RURAL URBANA</u>

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 ¿ Esta 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 atendio le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?	X				
7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?	X				
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X				
9 ¿ Si respondio 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 ect. ?	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, Twither, pagina web		X			
13 ¿ Recomendaria 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 NS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?					
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación 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				

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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**

VERSION 3

VIGENCIA
30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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: *T física* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D *11 M 01 A 2021*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Maria Elena Ricardo Solar</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>64-568-890</i>	EDAD	<i>63</i>
DIRECCIÓN	<i>Breda La balsa</i>	TELEFONO	<i>314775317</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Cosalud</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL</i> 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 ¿ Esta 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 pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?	X				
7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?	X				
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo 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 ect. ?	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, Twither, pagina 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 inconveniente para obtener la cita ?		X		
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación 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 ?				

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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**

VERSION 3

VIGENCIA
30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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: *T. física* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 15 M 01 A 2022*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Bernardo morales Campo</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>9116232</i>	EDAD	<i>42</i>
DIRECCIÓN	<i>San Felipe</i>	TELEFONO	<i>3006071977</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>005010</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL URBANA</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 ¿ Esta 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 pregunto 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 hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?	<input checked="" type="checkbox"/>					
9 ¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente	<input checked="" type="checkbox"/>					
10 ¿ Le informaron acerca de donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ?	<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, Twither, pagina web		<input checked="" type="checkbox"/>				
13 ¿ Recomendaria 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 <input checked="" type="checkbox"/>	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?		<input checked="" type="checkbox"/>		
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación 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 ?				

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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 !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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: *Terapia Fisica* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 16 M 01 A 2024*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Jessica Peda Montes Cuadrado.</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>4000763512</i>	EDAD	<i>23</i>
DIRECCIÓN	<i>Calle 23 A # 11 -to 20 de enero.</i>	TELEFONO	<i>3023083780</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Mutual Ser.</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL URBANA</i>

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

PREGUNTA

RESPUESTA

	PREGUNTA	RESPUESTA					
		SI	NO	NS/NR	N/A		
1	¿ Esta 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 atendio le pregunto 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 hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?	<input checked="" type="checkbox"/>					
9	¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente	<input checked="" type="checkbox"/>					
10	¿ Le informaron acerca de donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ?	<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, Twither, pagina web	<input checked="" type="checkbox"/>					
13	¿ Recomendaria 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	NS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1	¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	¿ Considera que los mecanismos para la asignación 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 ?				

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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 !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de os 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 Interno* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 11 M 01 A 2024*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Elisa Soledad Falcón Molina</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>23099038</i>	EDAD	<i>77</i>
DIRECCIÓN	<i>B San Jose</i>	TELEFONO	<i>311377800</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>M82</i>
GRUPO ETNICO		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 ¿ Esta 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 pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?	X					
7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?	X					
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 ¿ Si respondio 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 ect. ?	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, Twither, pagina web		X				
13 ¿ Recomendaria 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	NS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?		X		
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación 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 ?				

Utilice este espacio para sugerencias ó comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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 !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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 *D. 11 M. 01 A 2024*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Nallibys Serpa Viloria - Itala Osorio Serpa</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>34940805</i>	EDAD	<i>63</i>
DIRECCIÓN	<i>Cll 238 #10-29</i>	TELEFONO	<i>3015424090</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>COOSALUD</i>
GRUPO ETNICO	<i>Indigena</i>	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	¿ Esta 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 ?	+			
3	¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ?	+			
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 ?	+			
6	¿ El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?	+			
7	¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?	X			
8	¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	+			
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 ect. ?	+			
11	¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ?	+			
12	¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web	+			

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	NS
		+					

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1	¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?		+		
2	¿ Considera que los mecanismos para la asignación 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 ?				

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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 !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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: *De Interna* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 11 M 02 A 2024*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Rafael Andres Adrian Pantoja</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>1001158483</i>	EDAD	<i>24</i>
DIRECCIÓN	<i>Br Pablo VI</i>	TELEFONO	<i>3124245186</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Mutual Ser</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA <i>URBANA</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 ¿ Esta 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 pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?	X					
7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?	X					
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?	X					
9 ¿ Si respondio 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 ect. ?	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, Twither, pagina web		X				
13 ¿ Recomendaria 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	NS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?		X		
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación 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 ?				

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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**

VERSION 3

VIGENCIA
30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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: *Urgencias* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 09M 01A 2024*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	<i>Jhon Alex Seseñale Chavez - Alejandra Chavez De</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>1126254519</i>	EDAD	<i>13 años</i>
DIRECCIÓN	<i>B. Ferrocarril Forchich</i>	TELEFONO	<i>3218381620</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Coos Salud</i>
GRUPO ETNICO		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 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		<input checked="" type="checkbox"/>	<i>4 Horas</i>			
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 pregunto 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 hablo 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 donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	<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, Twither, pagina 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?	MUY BUENA	BUENA <input checked="" type="checkbox"/>	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?		<input checked="" type="checkbox"/>		
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación 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"/>			

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

Se demora el especialista y el no ha conocido dijo que me lo iba a llevar y para decirlo me dijo de mala manera que iba a llevar la bolsa sin la rep...

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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**

VERSION 3

VIGENCIA
30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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: *Urgencias* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *09 de Mayo 2022*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Danna Alvarez Maria A. Espitia.</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>1104415803</i>	EDAD	<i>2 meses</i>
DIRECCIÓN	<i>B/el progreso</i>	TELEFONO	<i>304427504</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>mutual s</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL URBANA</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 ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ?		<input checked="" type="checkbox"/>	<i>5 Anos</i>	<i>10 Anos</i>		
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 atendio le pregunto 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 hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?	<input checked="" type="checkbox"/>					
9 ¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente ?	<input checked="" type="checkbox"/>					
10 ¿ Le informaron acerca de donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ?	<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, Twither, pagina web		<input checked="" type="checkbox"/>				
13 ¿ Recomendaria 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	NS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?				
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación 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"/>			

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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**

VERSION 3

VIGENCIA
30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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: Urgencias FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 09 M 01 A 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Karu Lapa Madera Maria Madera Lapa</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1193274444</u>	EDAD	<u>43 Años</u>
DIRECCIÓN	<u>B Puerto Lopez</u>	TELEFONO	<u>3145954822</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Coosalud.</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBANA</u>

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 ¿ Esta 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 atendio le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?	X							
7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?	X							
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?	X							
9 ¿ Si respondio 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 ect. ?	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, Twither, pagina web	X							
13 ¿ Recomendaria 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	NS
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA								
1	¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?							
2	¿ Considera que los mecanismos para la asignación 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 ?							

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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 !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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>D 11 M 01 A 2023</i>	
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO				
NOMBRE COMPLETO	<i>Yakelin Garcia matorfano</i>			
No. IDENTIFICACION	<i>1-104-406373</i>	EDAD	<i>23</i>	
DIRECCIÓN		TELEFONO	<i>3226019442</i>	
CORREO ELECTRONICO	<i>el cauchal-</i>	EPS	<i>N.EPS</i>	
GRUPO ETNICO		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 ¿ Esta 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 pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>Responde</i>		
7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?	<input checked="" type="checkbox"/>					
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?	<input checked="" type="checkbox"/>					
9 ¿ Si respondió sí 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 ect. ?	<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, Twither, pagina 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 ?	MUY BUENA	BUENA	<input checked="" type="checkbox"/> REGULAR	MALA	MUY MALA	NS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?				
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación 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 ?				

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

Las enfermeras se olvidan de los pacientes

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que 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 !