



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: Gerencia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 019 M 07 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Juan Carlos Caldera</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>Jose Luis Torre 9029</u>	EDAD	<u>84</u>
DIRECCIÓN	<u>10. 8700</u>	TELEFONO	<u>314-532636</u>
CORREO ELECTRONICO	<u>Belen</u>	EPS	<u>Coosalud</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</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 ?	<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 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, Twilther, pagina web		<input checked="" type="checkbox"/>				
13 ¿ Recomendarla los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO		
	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
14 En general, ¿ Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS
		<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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



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

VERSION 3

VIGENC

30/11/20

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 Pediatría* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 16 NOV 2020*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>andraina vergara caldeva milety caldero</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>101.455.4933</i>	EDAD	<i>17 años</i>
DIRECCIÓN	<i>Palo alto</i>	TELEFONO	<i>321402855</i>
CORREO ELECTRONICO	<i>milety.palca.caldero1988@gmail.com</i>	EPS	<i>salud total</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL URB</i>

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR			
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	<i>los medicamentos</i>			
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?		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA

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

Apendices

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

30/11/2022

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: *Cirugía* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D10 M07 2022*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Harold Jose Perez Gonzalez</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>1104435025</i>	EDAD	<i>26 años</i>
DIRECCIÓN	<i>B. Mariano Alvarez</i>	TELEFONO	<i>3006281216</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>S. Total</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL URB</i>

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

	PREGUNTA	RESPUESTA		
		SI	NO	NS/NR
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	¿ 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 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 !



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

VERSION :

VIGENCIA :

30/11/2024

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: Ecografía FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 22 DOZ M 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Luisa Guerrero Flores</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1007357128</u>	EDAD	<u>27 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Municipio Mayagüez</u>	TELEFONO	<u>314829190</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>MSE</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				
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 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 ¿ 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

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

VIGENCIA

30/11/20

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: Ecografía FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 23 07 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Yulieith Viana Goyatz Vega</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>TE 11044 15676</u>	EDAD	<u>16 años</u>
DIRECCIÓN	<u>B. Ferrocarril</u>	TELEFONO	<u>324 36282</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	
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				
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, 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	REGULAR	MALA	MUY MALA

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

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: Cardiología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 04/07/2022
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Bibely Sandra Royeth</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104.417.487</u>		
DIRECCIÓN	<u>B/ villa fatima</u>	EDAD	<u>34</u>
CORREO ELECTRONICO	<u>bibelysanchez0630@gmail.com</u>	TELEFONO	<u>9116570741</u>
GRUPO ETNICO	<u>MT.</u>	EPS	<u>M/Ser</u>
ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</u>

PREGUNTA

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 ?	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, Twitther, pagina web		X				
13 ¿ Recomendarla los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?	X					
	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	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 !



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

VERSION :

VIGENCIA :

30/11/20

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: Ginecología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 10 10 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Angelica Meza</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104423076</u>	EDAD	<u>32</u>
DIRECCIÓN	<u>San Rafael #2</u>	TELEFONO	<u>30444287</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Mutual Cer</u>
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		
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 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, Twitter, pagina web		X			
13 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO		
	X				
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
	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



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: Atención FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 10/07/2020

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	↓ Johan Andres Cortes Uiloria		
No. IDENTIFICACION	↓ 100.080 879	EDAD	23 a.
DIRECCIÓN	B. Sucre.	TELEFONO	312224453
CORREO ELECTRONICO		EPS	Coosabud
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?	<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, 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	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?	<input type="checkbox"/>	<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 !



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

VER
VI
30

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: T. fisica FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 24 de 07 2020

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Ferdith de Carmen Quroz Huaron</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>23101890</u>	EDAD	<u>71</u>
DIRECCION	<u>1º de junio</u>	TELEFONO	<u>320943</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Ceosaub</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>URBANO</u>

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

PREGUNTA	RESPUESTA				
	SI	NO	NS		
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 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 F
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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tiene 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 administran medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?			
2 Si le realizan 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 le vaya dando durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADM

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



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

VER

VI

30

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: Tfónica FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 22 07 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO		<u>Julia Felipa Vega Gaibao</u>	
No. IDENTIFICACION	<u>330 35298</u>	EDAD	<u>70 a</u>
DIRECCION	<u>B. plaza Poma</u>	TELEFONO	<u>310365068</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Coosalud</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>Urbano</u>

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

PREGUNTA	RESPUESTA		
	SI	NO	NS
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 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 F
	<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
	<input checked="" type="checkbox"/>				

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 administran 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)

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	ADM
	<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: F. Fisiología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 16 M 07 A 2020

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Fariyds Del Carmen cali Valerio</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>34947127</u>	EDAD	<u>46. a</u>
DIRECCIÓN	<u>La Candelaria</u>	TELEFONO	<u>3137468883</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Cooperativa</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 ?	<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 ¿ Recomendarla 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	NS
	<input checked="" type="checkbox"/>					

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 !

Fariyds cali



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

VERSION 3

VIGENCIA

30/11/202

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: H.S. Medicina FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 07 07 2020

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Karen Sierra Alvarado</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104 427 317</u>	EDAD	<u>30 años</u>
DIRECCIÓN	<u>B. Primero de Junio</u>	TELEFONO	<u>322690996</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>M. ser</u>
GRUPO ETNICO	<u>Afro colombiano</u>	PROCEDENCIA	RURAL URBAN <input checked="" type="checkbox"/>

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

PREGUNTA

RESPUESTA

1	¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ?	SI	NO	NS/NR	N/A	
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	¿ El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	¿ Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	¿ Le informaron acerca de donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	¿ Consulta usted los canales de Información habilitados por la entidad, facebook, Twilther, pagina web	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE

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
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



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

VERSION 3

VIGENCIA
30/11/202

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: Hospital FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 019 07 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>11.042081 - Luis Hermes Nieto. 64 años</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>YDORNI Balleiro Sanchez</u>	EDAD	
DIRECCIÓN	<u>Barrio Fernan Forchi</u>	TELEFONO	<u>32191036</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBANA

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

PREGUNTA

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 ?	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 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 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, Twilther, 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 ?	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 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 !



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

VERSION 3

VIGENCIA

30/11/2020

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: Oficina de Atención al Usuario FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 05/11/2020

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Fedris Suarez Vega</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>34941751</u>	EDAD	<u>56 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Barru Pablo VI</u>	TELEFONO	<u>313 5563188</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Coosalud</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL <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	NO APLICA	
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
		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
		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

30/11/2020

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: *Oficina de Radiología* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *005/10/2020*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO: *Francisca Palencia Paredes*

NOMBRE COMPLETO	<i>Francisca Palencia Silva</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>33035082</i>	EDAD	<i>85</i>
DIRECCIÓN	<i>B. San José</i>	TELEFONO	<i>30583749</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Fcolem</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL UPEL</i>

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

PREGUNTA	RESPUESTA				
	SI	NO	NS/NR	NO APLICA	
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, Twitther, 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 ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA

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

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: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D M A

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	Damián Vélez Escobar - Yvelis Escobar Montel		
No. IDENTIFICACION	1104442545		
DIRECCIÓN	Barrio Sacre	EDAD	2 años
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	3126988043
GRUPO ETNICO		EPS	Nueva EPS
		PROCEDENCIA	RURAL URBAN

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

PREGUNTA

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 ?	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 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 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, Twilther, 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					
	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 comentarlo

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

30/11/2020

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: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DOS 07 2020

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Rodrigo Santos Suarez Anny Suarez</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1 104 440 206*</u>	EDAD	<u>4 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Varela Cuzco</u>	TELEFONO	<u>31375419</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Nueva el</u>
GRUPO ETNICO	<u>Indígena</u>	PROCEDENCIA	<u>RURAL URE</u>

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

PREGUNTA	RESPUESTA				
	SI	NO	NS/NR	NO APLICA	
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?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA

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

30/11/2020

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: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 05/11/2020

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Maria Paula Acuña Vargas - Sandra Vargas Pacheco</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104441300</u>	EDAD	<u>3</u>
DIRECCIÓN	<u>Barrio San José</u>	TELEFONO	<u>321892325</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Unión E.P.</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL UPEL</u>

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

	PREGUNTA	RESPUESTA		
		SI	NO	NS/NR
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
		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
			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

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: Atención FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 26 Doz 2021
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Santamaria De Hoyos Johana Atencia</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>33 035 043</u>	EDAD	<u>84</u>
DIRECCIÓN	<u>B. Puerto Lopez</u>	TELEFONO	<u>3205907742</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>mutual ser</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</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?						
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 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, Twilther, pagina web	X					
13 ¿ Recomendarla 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: Emergencias FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 27/07/2024
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Roberto Francisco Babilon Luz y ARIS Mejia</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>895 9203</u>	EDAD	<u>76</u>
DIRECCIÓN	<u>Tas maravilla.</u>	TELEFONO	<u>3103635036</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>F Colombia</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</u>

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

PREGUNTA

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?	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 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, Twitter, página web?	X					
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?	X					
	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	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 comentarios

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: Clínicas FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 04 M 07 A 2024
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Yonalcis Mariana Valdivia Moreno</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104422625</u>	EDAD	<u>15</u>
DIRECCIÓN	<u>V. Cañaguato</u>	TELEFONO	<u>3226210969</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Coosalud</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL</u> URBAN

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 ?		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 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 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, Twilther, pagina web	X					
13 ¿ Recomendarla los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?	X					
	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	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 comentarios

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: Gerencia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 04 M 07 A 2024
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Analia Proscia Campillo - Hernán Proscia Villegá</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104443875</u>	EDAD	<u>1 año</u>
DIRECCIÓN	<u>Barrio Puerto Lopez</u>	TELEFONO	<u>3117406340</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Coosabed</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBAN

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 ?	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 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 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 ¿ Recomendarla los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO NO RESPONDE
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?		X		
	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA MUY MALA 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 ó comentarlas

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: Atención FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 04 M 07 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	Carmen Patricia Paola Navarro Parra Esquivel Paola Navarro		
No. IDENTIFICACION	45428913		
DIRECCIÓN	Calleto Sucre Vereda La Salera		
CORREO ELECTRONICO			
GRUPO ETNICO			
EDAD	64 años		
TELEFONO	3205683537		
EPS	NEPS		
PROCEDENCIA	RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBAN		

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

PREGUNTA

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 ?	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 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 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, Twitther, pagina web	X					
13 ¿ Recomendarla 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 comentarlo

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 !