



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 de Urgencias FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 26 M 08 A 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	Shirley María Galván García		
No. IDENTIFICACION	1104406005		
DIRECCIÓN	San Marcos (Cajamarca)	EDAD	20
CORREO ELECTRONICO	shirleygalvan2021@gmail.com	TELEFONO	3002315194
GRUPO ETNICO		EPS	Mutual
		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 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
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?				
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

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 al usuario FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26 MAR 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Nohans Rivera Diaz

No. IDENTIFICACION: 9129185531

DIRECCIÓN: La Oroya - Convento EDAD: 16

CORREO ELECTRONICO: _____ TELEFONO: 3116586245

GRUPO ETNICO: _____ EPS: F. Colonbo

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 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 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, Twilher, pagina web	X			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?	X			
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			

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: ORtopedia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 12 M 08 A 2024
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Johana Sanchez Alvarez</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104419385</u>	EDAD	<u>35</u>
DIRECCIÓN	<u>Las Chispas</u>	TELEFONO	<u>3225140185</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Familias de col</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 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		
	X			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*
		X				

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	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: Ortopedia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 12 M 08 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>RENILDA SANDOZ HERMUNDEZ</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>50885638</u>	EDAD	<u>44</u>
DIRECCIÓN	<u>Barrio el Prado</u>	TELEFONO	<u>314091220</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Coosahua</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBAN <input type="checkbox"/>

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 ?					
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 ¿ 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
		X				

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
30/11/2021

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: 01/12/2018
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO: R024

NOMBRE COMPLETO	<u>Isabel Clemencia Guerra Prasca</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>34944309</u>	EDAD	<u>56 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Q. Belen</u>	TELEFONO	<u>32 259 7763 2</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>STotal</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 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, 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	
	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
	x					

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 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

VIGENCIA

30/11/2

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: Cirujía FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 21/6/2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Escarlays Baldovino Marquez</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104413142</u>	EDAD	<u>18 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Caminito</u>	TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Coosalud</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL</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 ?			
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, Twilher, pagina web	<input checked="" type="checkbox"/>		
13 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO
	<input checked="" type="checkbox"/>		
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR
	<input checked="" type="checkbox"/>		

DEFINITIVAMENTE NO NO RESPONDE

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?	<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 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
	<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

30/11/2021

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: Cirujías FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 020 M08 A2024
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO			
No. IDENTIFICACION	<u>Parmen Hanna Perez</u>		
DIRECCIÓN	<u>25807327</u>		
CORREO ELECTRONICO	<u>cano.pereira</u>		
GRUPO ETNICO	<u>CAÑO PREITO</u>		
EDAD	<u>58</u>		
TELEFONO	<u>312 760 8525</u>		
EPS	<u>M89</u>		
PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</u>		

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 ?				
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, Twiher, 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 ?				
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: Anestesiología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 05/08/2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Edilse Viloria Ramos</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>34950201</u>	EDAD	<u>44</u>
DIRECCIÓN	<u>Buchavisita</u>	TELEFONO	<u>320 204 13 54</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Alsa</u>
GRUPO ETNICO	<u>Indigena Cabildo Mantepado</u>	PROCEDENCIA	<input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input 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?	<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, 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	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?	<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?		<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 !



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: Urología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DO3 M08 A2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Jose Tomas Ruiz Medina</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>71993608</u>	EDAD	<u>60</u>
DIRECCIÓN	<u>Av. Projeta</u>	TELEFONO	<u>3122520011</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>olsa</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input checked="" type="checkbox"/>

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿ 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 ?						
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 ?						
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?						
9 ¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente						
10 ¿ Le informaron acerca de donde 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	
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
	<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

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: Neurología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 03 M 08 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Editsa Cali Cardenas</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104414484</u>		
DIRECCIÓN	<u>V La Relicón</u>	EDAD	<u>35 años</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3145643796</u>
GRUPO ETNICO		EPS	
ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)		PROCEDENCIA	RURAL URBAN

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?	<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
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?	<input checked="" type="checkbox"/>			NO RESPONDE
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?		<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 !



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 cordal, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 05/08/2024
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Juan Andres. munir Diaz - Camila Diaz Diaz</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>7747373688</u>		
DIRECCIÓN	<u>Vereda Trocha Per Siano</u>	EDAD	<u>4 años</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>32485378</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>Mutal</u>
ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</u>

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

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: Psicología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 05/08/2024
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Mateo Elias Sierra Jaraba Gilma Jaraba</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104444268</u>		
DIRECCIÓN	<u>B. John F Kennedy</u>	EDAD	<u>8 meses</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>31363425</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>N. EPS</u>
		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 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, Twilher, 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?		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 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**

VEI
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: Quirófano FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 08 08 2014

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Soly Luz Hernandez Busta</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1005684617</u>		
DIRECCIÓN	<u>V. Montezundo</u>	EDAD	<u>24</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>81247</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>CSOB</u>
		PROCEDENCIA	<u>RURAL</u>

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

PREGUNTA	RESPUESTA		
	SI	NO	NS/N
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X		
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	X		
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	X		
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	X		
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X		
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X		
8 ¿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, solicitud 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, Twilher, 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
		X	
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**

VE
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: Psicología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 08/08/2019

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Wiliana Mestre Avila

No. IDENTIFICACION: 1104408242

DIRECCIÓN: San Marquito EDAD: 37

CORREO ELECTRONICO: _____ TELEFONO: 302209341

GRUPO ETNICO: _____ EPS: E Colombia

PROCEDENCIA: URB RURA: _____

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

PREGUNTA		RESPUESTA				
		SI	NO	NS/N		
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 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, fellección 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, Twilher, 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: Cardiología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 05 08 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Juz Estela Macoa Ramos</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>50949944</u>	EDAD	<u>49</u>
DIRECCIÓN	<u>La Balsa</u>	TELEFONO	<u>313 5389727</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>MSA</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 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 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

**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 03/08/2024
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Masley del Carmén Álvarez Medina</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>34947105</u>		
DIRECCIÓN	<u>Buenavista</u>	EDAD	<u>45</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3126390214</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>Nueva EPS.</u>
ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)		PROCEDENCIA	<u>RURAL</u> URBAN

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 ?	<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, Twilher, 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 ?	<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 ?		<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 ?				

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: Medicina FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 23 M 08 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Ana Liza Monterrosa Romo

NOMBRE COMPLETO	<u>Rafael Arcecido Romo Valero</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>3958929</u>		
DIRECCIÓN	<u>La Unión Suiza</u>	EDAD	<u>71</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>300 7468400</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>NEPS</u>
		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 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 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos ?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?	X			
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 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 D 23 M 08 A 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Lorena Villegas - Dharisy Perez</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>34946404</u>		
DIRECCIÓN	<u>El 20 # 29-113</u>	EDAD	<u>71 años</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3116904598</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>Coo Salud</u>
		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 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, Twilher, pagina web?	X			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?	X			
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?				

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 !