



**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: 06 M 09 A 2024

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>Candida Meza de Castro</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>93 101 859</u>		
DIRECCIÓN	<u>Kenan Fatiche</u>	EDAD	<u>66</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>31470670</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>F Colombia</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 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
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?				
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: Urgencias FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 17 M 09 A 2021

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>San Monsolive Rodriguez</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>3959282</u>		
DIRECCIÓN	<u>San Francisco</u>	EDAD	<u>70</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3127458741</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>MSA</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 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
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>				
1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?				
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?	X	X		
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>				
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ?				
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados?				
3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ?				
4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ?				

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 Médica* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *24 M 09 A 2024*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Salvador Tobala Haden - María Celeste Haden Ruiz</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>1104442783</i>		
DIRECCIÓN	<i>Bel Prado - Calle 21 Cra 22 2014</i>	EDAD	<i>2</i>
CORREO ELECTRONICO	<i>mupc-972@hotmail.com</i>	TELEFONO	<i>3232352285</i>
GRUPO ETNICO		EPS	<i>Colombia</i>
		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 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, Twilher, pagina web	X			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?			X	
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO NO RESPONDE
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?				
	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 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

**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 Primaria FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 13 MOY A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>SUAQUIN RODRIGUEZ S. DAMAZO RODRIGUEZ</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>3896490</u>	EDAD	<u>73 años</u>
DIRECCION	<u>MALAYO AIVALES</u>	TELEFONO	<u>3207532187</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>MPS</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?	<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 ¿Algun en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>			
9 Si respondió sí a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>			
10 ¿ La 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, twitter, pagina web	<input checked="" type="checkbox"/>			
13 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	<input checked="" type="checkbox"/>			
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?	<input checked="" type="checkbox"/>			

	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE
--	--------------------	------------------	------------------	--------------------	-------------

	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, ¿ lo fueron explicados?

3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ?

4 ¿ lo informaron sobre la custodia de sus pertenencias ?

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

**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 Externa FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 13 M 09 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Manuela Madrid Juruj - Marica Meza Juruj</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>33035162</u>		
DIRECCIÓN	<u>La Guacipa - Guayaquil</u>	EDAD	<u>80 años</u>
CORREO ELECTRONICO	<u>la.guacipa@guayaquil.gub.ec</u>	TELEFONO	<u>3102581043</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?						
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 preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?						
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?						
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?						
9 Si respondió sí a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?						
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?						
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?						
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, twitter, página web?						
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?	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 atención 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 comentarios

RENDICIÓN DE CUENTAS ( Marque con una x )

¿Qué información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?

FINANCIERA ASISTENCIAL JURIDICA ADMINISTRATIVA

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



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

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: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 004 M 09 A 2021

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>Antonella Santana Tinoco - Aiseth Tinoco</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1247048719</u>	EDAD	<u>1 año 9 meses</u>
DIRECCIÓN	<u>Comunidad Nueva</u>	TELEFONO	<u>3107406613</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	
GRUPO ETNICO		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	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, página web	X			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO NO RESPONDE
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA MUY MALA 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?				

**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: Radia diagn FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: DOM 09 A 2021

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	x Maria Celeste Lara Montes - Yads Lara Montes		
No. IDENTIFICACION	7100252567		
DIRECCIÓN	El Alferez	EDAD	4 meses
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	3142149579
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 ?						
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 administración ?	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		
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
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>						
1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?						
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados ?						
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>						
1 Si le administraron medicamentos, ¿ Le informaron acerca de la aplicación de estos ?						
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados ?						
3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ?						
4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ?						

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

**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: Respiratoria FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D M A

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO Luzmila Corpoy Beltran - Kelly Beltran

No. IDENTIFICACION 104441774

DIRECCIÓN Vereda calle Nueva EDAD 3 años

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ TELEFONO 312 8588362

GRUPO ETNICO \_\_\_\_\_ EPS COOSALUD

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, 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?				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?

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 D 11 MOY A 2024

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>JOHANA GUTIERREZ Resaña</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1005677084</u>		
DIRECCIÓN	<u>Vereda Cañapale</u>	EDAD	<u>31</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3128562040</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>Coos Salud</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?	<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	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"/>			
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

**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: Neumología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 11 M 09 A 2024

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>Jenny Luz Acosta Arguedo</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>34950217</u>		
DIRECCIÓN	<u>Neiva</u>	EDAD	<u>42 años</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3146884281</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>Coos Salud</u>
		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 sí 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?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>						
1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?						
2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?				X		
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>						
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?						
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿le fueron explicados?						
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?						
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?						

**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 de Emergencia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 11 M 09 A 2024

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	Ana Julia Castillo Puroz		
Nº. IDENTIFICACION	50980138	EDAD	48
DIRECCIÓN	C. El Tablon	TELEFONO	3122868238
CORREO ELECTRONICO		EPS	PESA
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?	<input checked="" type="checkbox"/>			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>			
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>			
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>			
9 ¿Si respondió sí a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	<input checked="" type="checkbox"/>			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>			
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, 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
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?				
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 )**

¿Qué información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía

FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA
------------	-------------	----------	----------------

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



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

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 11 M 09 A 2024

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>Keila Cornejo Ortiz</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1.09.078.444</u>		
DIRECCIÓN	<u>Vereda Paso Cruz</u>	EDAD	<u>31</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3045671893</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>Coosulud</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 sí a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	<input checked="" type="checkbox"/>					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>					
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilther, 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?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>						
1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?						
2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?	<input checked="" type="checkbox"/>					
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>						
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?						
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿le fueron explicados?						
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?						
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?						

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: *Atención* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *D 12 M 09 A 2024*

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<i>JUAGUIN RODRIGUEZ DAMAZO RODRIGUEZ</i>		
Nº. IDENTIFICACION	<i>3896490</i>	EDAD	<i>73 años</i>
DIRECCION	<i>MARINO ALVARES</i>	TELEFONO	<i>3207532787</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>N.E.P.S.</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL URBAN</i>

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 sí 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, 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 vistas?	X			
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	X			

*Confiamos el control*

**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: *D 26 M 09 A 2024*

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<i>Martin Acosta Guano</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>34903928</i>		
DIRECCIÓN	<i>B. Campo Nuevo</i>	EDAD	
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<i>310683755</i>
GRUPO ETNICO		EPS	<i>M E</i>
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?	<input checked="" type="checkbox"/>					
2. ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>					
3. ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?		<input checked="" type="checkbox"/>				
4. ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?		<input checked="" type="checkbox"/>				
5. ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?		<input checked="" type="checkbox"/>				
6. ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>					
7. ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>					
8. ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>					
9. Si respondió sí a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>					
10. ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	<input checked="" type="checkbox"/>					
11. ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>					
12. ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilther, 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?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>						
1. ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?						
2. ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?						
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>						
1. Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?	<input checked="" type="checkbox"/>					
2. Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿le fueron explicados?	<input checked="" type="checkbox"/>					
3. ¿Le informaron sobre el horario de visitas?	<input checked="" type="checkbox"/>					
4. ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	<input checked="" type="checkbox"/>					

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

**RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )**

¿Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA
	<input checked="" type="checkbox"/>			

¡ Agradecemos su valiosa opinión, 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 paciente FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D20 M09 A2024

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	Mary Luz Montiel de Hoyos		
Nº. IDENTIFICACION	20215066		
DIRECCIÓN	V/Platero		
CORREO ELECTRONICO		EDAD	53
GRUPO ETNICO		TELEFONO	3738787028
		EPS	NEP
		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?				
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, 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?				NO RESPONDE

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA						
	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS*
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						
	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS*
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 comentarios: Tube que esperar porque estaban charlando Me dijeron que era por orden de llegada demoraron un rato para atenderla.

**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 11 MOJ A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	<u>Paulina Andrea Benítez Aronés</u>		
No. IDENTIFICACIÓN	<u>1007388355</u>		
DIRECCIÓN	<u>1 de JUNIO</u>	EDAD	<u>26</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3127468580</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>NOBUCA 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 lo 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 ¿Algun 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 ¿La 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?	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, ¿lo fueron explicados?	X					
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?	X					
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	X					

¿Utilizo 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

**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: 02 M 09 A 2024

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	Alberto Antonio Pérez Espitia		
No. IDENTIFICACION	15.045.257	EDAD	68
DIRECCIÓN	Palma Real	TELEFONO	3234382918
CORREO ELECTRONICO		EPS	Coosalud
GRUPO ETNICO	Resguardo Indígena Marwza	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 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
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		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?

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

*Llegue a las 4:45 y me fui a las 9:20 y no hubo atención, luego puse una queja y busque a la trabajadora social para que me ayudara a decirle lo que había pasado.*

**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 13 M 09 A 2024

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	Ingrid del Rosario Montiel Mdeca		
No. IDENTIFICACION	34.0147.809		
DIRECCIÓN	Guayabal, caegimiento	EDAD	45
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	3107084144
GRUPO ETNICO	Indígena	EPS	Familiar C
		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, 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?				

**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: Urología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 17 M 09 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO: Paciente

NOMBRE COMPLETO: Berthys Valero

No. IDENTIFICACION: 22906142 EDAD: 79

DIRECCIÓN: Palo Alto TELEFONO: 313521376

CORREO ELECTRONICO:  EPS: Cosulol

GRUPO ETNICO:  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, 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**

	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS
1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?		X				
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 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 !