

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3					
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			Vigencia 30/11/2021					
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.									
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>M. Interua</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>07/09/2022</i>					
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>									
NOMBRE COMPLETO		<i>Olga Lucia Alim Ricardo</i>							
N. IDENTIFICACIÓN		<i>34944008</i>		EDAD					
DIRECCIÓN		<i>Calle 19 A 16-175</i>		TELÉFONO					
CORREO ELECTRÓNICO				EPS					
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA					
				RURAL URBANA					
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>									
<b>PREGUNTA</b>			<b>RESPUESTA</b>						
			SI	NO	NS/NR	N/A			
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?			X						
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?			X						
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?			X						
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?			X						
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?			X						
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?			X						
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?			X						
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?			X						
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?			X						
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?			X						
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?			X						
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			X						
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?			DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO			
			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			
			X						
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>									
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?				X					
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?									
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio									
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>									
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA		ASISTENCIAL		JURIDICA		ADMINISTRATIVA	
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>									

 <b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>		Versión 3	
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>		Vigencia 30/11/2021	
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.				
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>M. Infir</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>007 019 2022</i>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>				
NOMBRE COMPLETO		<i>Misael Adán Ricardo</i>		
N. IDENTIFICACIÓN		<i>10875041</i>		EDAD
DIRECCIÓN		<i>B. 1 de junio</i>		TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO				EPS
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA
		RURAL		URBANA
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>				
<b>PREGUNTA</b>		<b>RESPUESTA</b>		
		SI	NO	NS/NR
		N/A		
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X		
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X		
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X		
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X		
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X		
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X		
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X		
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X		
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X		
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X		
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X		
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		X	
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	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	NR
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>				
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X	
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?			
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio				
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>				
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA
		ADMINISTRATIVA		
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>				

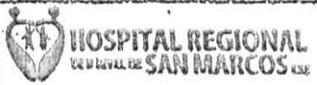
 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3				
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			Vigencia 30/11/2021				
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.								
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>M. Diferencia</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>07 08 2022</i>				
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>								
NOMBRE COMPLETO		<i>María Isabel Haderu Díaz</i>						
N. IDENTIFICACIÓN		<i>72 836 883</i>		EDAD	<i>57</i>			
DIRECCIÓN		<i>barrio El Progreso</i>		TELÉFONO	<i>3113707196</i>			
CORREO ELECTRÓNICO				EPS	<i>Locosabá</i>			
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA	RURAL    URBANA			
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>								
<b>PREGUNTA</b>			<b>RESPUESTA</b>					
			SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?			<input checked="" type="checkbox"/>					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?			<input checked="" type="checkbox"/>					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?			<input checked="" type="checkbox"/>					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?			<input checked="" type="checkbox"/>					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?			<input checked="" type="checkbox"/>					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?			<input checked="" type="checkbox"/>					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?			<input checked="" type="checkbox"/>					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?			<input checked="" type="checkbox"/>					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?			<input checked="" type="checkbox"/>					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?			<input checked="" type="checkbox"/>					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?			<input checked="" type="checkbox"/>					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<input checked="" type="checkbox"/>					
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?			<input checked="" type="checkbox"/>					
			DEFINITIVAMENTE SI	PROBABILMENTE SI	PROBABILMENTE 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	NR
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>								
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?				<input checked="" type="checkbox"/>				
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?								
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>								
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA		
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>								

HOSPITAL REGIONAL DE NIVEL DE SAN MARCOS ESE		Versión 3		
FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO		Vigencia 30/11/2021		
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.				
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <u>Urgencias</u>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <u>2022</u> <u>03</u> <u>2022</u>		
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO				
NOMBRE COMPLETO	<u>Eliazith Villegas Osorio - Daniela Osorio Echavez</u>			
N. IDENTIFICACIÓN	<u>1104429373</u>	EDAD	<u>8</u>	
DIRECCIÓN	<u>Barrio Bogotá</u>	TELÉFONO	<u>3226121362</u>	
CORREO ELECTRÓNICO	<u>Evalena1049@hotmail.com</u>	EPB	<u>N. EPS</u>	
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/>	
ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)				
PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	<input checked="" type="checkbox"/>			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>			
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>			
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>			
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	<input checked="" type="checkbox"/>			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>			
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web	<input checked="" type="checkbox"/>			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE SI <input type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE NO <input type="checkbox"/>	DEFINITIVAMENTE NO <input type="checkbox"/> NO RESPONDE <input type="checkbox"/>
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA <input checked="" type="checkbox"/>	BUENA <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MALA <input type="checkbox"/> MUY MALA <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA				
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?				
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?	<input checked="" type="checkbox"/>			
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?	<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?	<input checked="" type="checkbox"/>			
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	<input checked="" type="checkbox"/>			
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio				
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?	FINANCIERA <input type="checkbox"/>	ASISTENCIAL <input type="checkbox"/>	JURIDICA <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/>
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!				

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3				
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			Vigencia 30/11/2021				
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.								
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <u>Urgencias</u>			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <u>2021</u> <u>08</u> <u>28</u>		<u>2022</u>			
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>								
NOMBRE COMPLETO: <u>Milan Hoyos Gil Dayana Gil Herazo</u>			EDAD: <u>3 años</u>					
N. IDENTIFICACIÓN: <u>7.104.439.257</u>			TELÉFONO: <u>8122741270</u>					
DIRECCIÓN: <u>fernan forlich</u>			EPB: <u>M/Ser</u>					
CORREO ELECTRÓNICO: <u>Dayanagil27@gmail.com</u>			PROCEDENCIA: <u>RURAL</u> <u>URBANA</u>					
GRUPO ÉTNICO:								
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>								
<b>PREGUNTA</b>			<b>RESPUESTA</b>					
			SI	NO	NS/NR	N/A		
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		X					
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?		X					
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?		X					
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?		X					
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?		X					
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?		X					
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?		X					
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?		X					
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?		X					
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?		X					
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?		X					
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			X				
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE		
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>								
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?							
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?		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					
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>								
¿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	JURÍDICA	ADMINISTRATIVA		
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!								

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3	
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			Vigencia 30/11/2021	
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.					
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Emergencias</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <i>20/03/2022</i>		AAAA <i>2022</i>	
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>					
NOMBRE COMPLETO: <i>Ezequiel David Zambrano Vera - Paralelo Ulpiano</i>		EDAD: <i>1 año</i>			
N. IDENTIFICACIÓN: <i>1108235149</i>		TELÉFONO: <i>3226673280</i>			
DIRECCIÓN: <i>Guayaquil - San Benito</i>		EPB: <i>N. EPC</i>			
CORREO ELECTRÓNICO:		PROCEDENCIA:		RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/>	
GRUPO ÉTNICO:					
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>					
<b>PREGUNTA</b>		<b>RESPUESTA</b>			
		SI	NO	NS/NR	N/A
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X			
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X			
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X			
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X			
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X			
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X			
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X			
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X			
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X			
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X			
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X			
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		X		
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
		MUY MALA	NR		
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>					
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?				
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?	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			
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio					
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>					
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>					

 <b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>		<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b> <b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>		Versión 3			
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.				Vigencia 30/11/2021			
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Urgencias</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <i>24/08/2022</i>					
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO							
NOMBRE COMPLETO: <i>Luis Montiel Luna - Yamil Roubel</i>		EDAD: <i>74</i>					
N. IDENTIFICACIÓN: <i>11050910</i>		TELÉFONO: <i>2137563044</i>					
DIRECCIÓN: <i>Barrio Pablo Sexto</i>		EPB: <i>MSEX</i>					
CORREO ELECTRÓNICO:		PROCEDENCIA:		<input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA			
GRUPO ÉTNICO:							
ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)							
PREGUNTA	RESPUESTA						
	SI	NO	NS/NR	N/A			
1	<input checked="" type="checkbox"/>						
2	<input checked="" type="checkbox"/>						
3	<input checked="" type="checkbox"/>						
4	<input checked="" type="checkbox"/>						
5	<input checked="" type="checkbox"/>						
6	<input checked="" type="checkbox"/>						
7	<input checked="" type="checkbox"/>						
8	<input checked="" type="checkbox"/>						
9	<input checked="" type="checkbox"/>						
10	<input checked="" type="checkbox"/>						
11	<input checked="" type="checkbox"/>						
12		<input checked="" type="checkbox"/>					
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE SI <input type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE NO <input type="checkbox"/>	DEFINITIVAMENTE NO <input type="checkbox"/>	NO RESPONDE <input type="checkbox"/>	
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA <input type="checkbox"/>	BUENA <input checked="" type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MALA <input type="checkbox"/>	MUY MALA <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA							
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?						
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?						
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN							
1	Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?		<input checked="" type="checkbox"/>				
2	Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?		<input checked="" type="checkbox"/>				
3	¿Le informaron sobre el horario de visitas?		<input checked="" type="checkbox"/>				
4	¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?		<input checked="" type="checkbox"/>				
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio							
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)							
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA <input type="checkbox"/>	ASISTENCIAL <input type="checkbox"/>	JURÍDICA <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/>		
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>							

 <b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3	
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			Vigencia 30/11/2021	
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.					
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Guinealiga</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>09/02/2022</i>	
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>					
NOMBRE COMPLETO <i>Carmen Alina freites Maschan</i>		EDAD <i>25</i>			
N. IDENTIFICACIÓN <i>25.849.138</i>		TELÉFONO <i>323.2900759</i>			
DIRECCIÓN <i>Las Malvinas - San Benito</i>		EPB <i>Gobernación</i>		<i>SUC</i>	
CORREO ELECTRÓNICO		PROCEDENCIA		RURAL URBANA	
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA		RURAL URBANA	
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>					
<b>PREGUNTA</b>		<b>RESPUESTA</b>			
		SI	NO	NS/NR	N/A
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X			
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X			
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X			
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X			
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X			
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X			
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X			
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X			
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X			
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X			
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X			
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		X		
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	X			
		DEFINITIVAMENTE SI	PROBABILMENTE SI	PROBABILMENTE 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			
		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
					MUY MALA
					NR
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>					
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X		
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?				
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio					
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>					
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>					

 <b>HOSPITAL REGIONAL DE NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	Versión 3
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>	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: Consultoría      FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 09 02 2022

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	Yina Cardina Arrieta Alvar		
N. IDENTIFICACIÓN	1204435718	EDAD	23
DIRECCIÓN	1a Trocha Persiana	TELÉFONO	3136381041
CORREO ELECTRÓNICO	carolina.ArrietaP@gmail.com	EPS	Particular
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	RURAL      URBANA

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web	X					
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	N/A

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

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

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?				
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?				
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?				
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?				

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

**RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)**

¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA
--	------------	-------------	----------	----------------

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

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b> <b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN</b> <b>AL USUARIO</b>	Versión 3
		Vigencia 30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Geniología I      FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 09/03/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Maria Jimenez Norega

N. IDENTIFICACIÓN: 34947811      EDAD: 42 años

DIRECCIÓN: B 1 de Tumb      TELÉFONO: 3734820123

CORREO ELECTRÓNICO:      EPS: Cosafalud

GRUPO ÉTNICO:      PROCEDENCIA:      RURAL      URBANA

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Lo dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		X				
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?      X

2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?      X

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?

2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?

3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?

4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

**RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)**

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

FINANCIERA      ASISTENCIAL      JURIDICA      ADMINISTRATIVA

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

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE SAN MARCOS	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3			
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			Vigencia 30/11/2021			
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.							
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <u>Ginecología</u>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <u>04/02/2022</u>					
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>							
NOMBRE COMPLETO: <u>Alexandra Alvarez Rivera</u>		EDAD: <u>20</u>					
N. IDENTIFICACIÓN: <u>1005677212</u>		TELÉFONO: <u>3137996304</u>					
DIRECCIÓN: <u>Barrío San José</u>		EPS: <u>Coosalud</u>					
CORREO ELECTRÓNICO:		PROCEDENCIA:		<input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA			
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>							
<b>PREGUNTA</b>		<b>RESPUESTA</b>					
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> N/A		
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	<input checked="" type="checkbox"/>					
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>					
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>					
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>					
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>					
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>					
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>					
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>					
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>					
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, solicitud, etc.?	<input checked="" type="checkbox"/>					
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>					
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web	<input checked="" type="checkbox"/>					
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	<input checked="" type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE NO	<input type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE NO	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> BUENA	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MALA	<input type="checkbox"/> MUY MALA	<input type="checkbox"/> NR
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>							
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			<input checked="" type="checkbox"/>			
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?			<input checked="" type="checkbox"/>			
2	Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?						
3	¿Le informaron sobre el horario de visitas?						
4	¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?						
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio							
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>							
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		<input type="checkbox"/> FINANCIERA	<input type="checkbox"/> ASISTENCIAL	<input type="checkbox"/> JURIDICA	<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA		
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!							

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE.</b>	Version 3
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>	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: Quimiología      FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 17 09 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Martha Beatriz Lorente</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>64 570 824</u>	EDAD	<u>55</u>
DIRECCIÓN	<u>B/ Buenos Aires</u>	TELÉFONO	<u>301 6277970</u>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>Hototel ESE</u>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	RURAL    URBANA

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una peticón, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		X				
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?	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?			

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA
--	------------	-------------	----------	----------------

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

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	Versión <b>3</b>
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>	Vigencia <b>30/11/2021</b>

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE:	<i>Candelaria</i>	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	<i>14</i>	<i>03</i>	<i>2022</i>
---------------------------	-------------------	---------------------------	-----------	-----------	-------------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	<i>Dina Rosa Alvarez Salgado</i>				
N. IDENTIFICACIÓN	<i>1.704.437.296</i>	EDAD	<i>76</i>		
DIRECCIÓN	<i>v. candelaria</i>		TELÉFONO	<i>310 5929026</i>	
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<i>Covefaque</i>		
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	RURAL <input type="checkbox"/>	URBANA <input checked="" type="checkbox"/>	

ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)					
PREGUNTA		RESPUESTA			
		SI	NO	NS/NR	N/A
1	¿Esté satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X			
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X			
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X			
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X			
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X			
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X			
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X			
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X			
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X			
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X			
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X			
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		X		
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
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
			X		MUY MALA
					NR

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			X	
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?			X	

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
1	Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?				
2	Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?				
3	¿Le informaron sobre el horario de visitas?				
4	¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?				

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3			
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			Vigencia 30/11/2021			
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.							
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>pediátrica</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>03/03/2022</i>			
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO <i>Alejandra CARRERA KARIKO</i>							
NOMBRE COMPLETO <i>Alejandra Carrera Kariko</i>		EDAD		<i>7 años</i>			
N. IDENTIFICACIÓN <i>1028791080</i>		TELÉFONO		<i>3024777589</i>			
DIRECCIÓN <i>Primero de Junio</i>		EPS		<i>Capital Salud</i>			
CORREO ELECTRÓNICO		PROCEDENCIA		RURAL URBANA			
GRUPO ÉTNICO		RURAL URBANA					
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>							
<b>PREGUNTA</b>		<b>RESPUESTA</b>					
		SI	NO	NS/NR	N/A		
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X					
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X					
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X					
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web	X					
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>							
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			X			
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?						
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio							
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>							
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA		
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>							

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	Versión 3
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>	Vigencia 30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Pediatría</i>	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	<i>03</i> / <i>03</i> / <i>2022</i>
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO		
NOMBRE COMPLETO	<i>Moisés días Mandarros B. Ivora - Laura Rilke</i>	
N. IDENTIFICACIÓN	<i>110440440</i>	EDAD
DIRECCIÓN	<i>San Carlos</i>	TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO		EPS
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA

ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)		RESPUESTA					
PREGUNTA		SI	NO	NS/NR	N/A		
		1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X			
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X					
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X					
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web	X					
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR

<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>					
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			X	
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?				

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>				
¿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!*

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3				
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			Vigencia 30/11/2021				
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.								
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <u>pediatría</u>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<u>07/09/2022</u>				
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>								
NOMBRE COMPLETO		<u>Dana Isabel Perez Alvarez - Maria Aluse</u>						
N. IDENTIFICACIÓN		<u>1104442019</u>		EDAD <u>3 meses</u>				
DIRECCIÓN		<u>Monte grande</u>		TELÉFONO <u>-</u>				
CORREO ELECTRÓNICO				EPB <u>M-SR</u>				
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA <u>RURAL</u> <input type="checkbox"/> <u>URBANA</u> <input type="checkbox"/>				
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>								
<b>PREGUNTA</b>			<b>RESPUESTA</b>					
			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?			X					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?			X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?			X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?			X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?			X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?			X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?			X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?			X					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?			X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?			X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?			X					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web				X				
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?			<input checked="" type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE NO	<input type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE NO	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> BUENA	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MALA	<input type="checkbox"/> MUY MALA	<input type="checkbox"/> NR
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>								
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?				X				
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?								
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>								
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		<input type="checkbox"/> FINANCIERA	<input type="checkbox"/> ASISTENCIAL	<input type="checkbox"/> JURÍDICA	<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA			
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!								

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>		Versión <b>3</b>				
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>		Vigencia 30/11/2021				
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.							
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Peelografía</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>07 08 2022</i>			
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>							
NOMBRE COMPLETO		<i>Nicole Montiel Guerrero - Carmen Guerrero</i>					
N. IDENTIFICACIÓN		EDAD		<i>9 años</i>			
DIRECCIÓN		TELÉFONO		<i>3102655384</i>			
CORREO ELECTRÓNICO		EPS		<i>M-SP</i>			
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA		RURAL    URBANA			
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>							
<b>PREGUNTA</b>		<b>RESPUESTA</b>					
		SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		<input checked="" type="checkbox"/>					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?		<input checked="" type="checkbox"/>					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?		<input checked="" type="checkbox"/>					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?		<input checked="" type="checkbox"/>					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?		<input checked="" type="checkbox"/>					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?		<input checked="" type="checkbox"/>					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?		<input checked="" type="checkbox"/>					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?		<input checked="" type="checkbox"/>					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?		<input checked="" type="checkbox"/>					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?		<input checked="" type="checkbox"/>					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?		<input checked="" type="checkbox"/>					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<input checked="" type="checkbox"/>				
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?		DEFINITAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITAMENTE 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>							
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			<input checked="" type="checkbox"/>				
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?							
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio							
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>							
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA		
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>							

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			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: <b>Otorrino</b>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<b>11 09 2022</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>				
NOMBRE COMPLETO	<b>Olga Cordero Cardozo</b>			
N. IDENTIFICACIÓN	<b>32 817 959</b>	EDAD	<b>57</b>	
DIRECCIÓN	<b>Benedu Elmonaci</b>		TELÉFONO	<b>31363225</b>
CORREO ELECTRÓNICO			EPS	<b>mihael Sosa</b>
GRUPO ÉTNICO			PROCEDENCIA	<input type="checkbox"/> RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBANA
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>				
<b>PREGUNTA</b>			<b>RESPUESTA</b>	
			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> N/A
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?		<input checked="" type="checkbox"/>	
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?		<input checked="" type="checkbox"/>	
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?		<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?		<input checked="" type="checkbox"/>	
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?		<input checked="" type="checkbox"/>	
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<input checked="" type="checkbox"/>
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	<input checked="" type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE 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 type="checkbox"/> MUY BUENA	<input checked="" type="checkbox"/> BUENA	<input type="checkbox"/> REGULAR
		<input type="checkbox"/> MALA	<input type="checkbox"/> MUY MALA	<input type="checkbox"/> NR
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>				
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			<input checked="" type="checkbox"/>
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?			
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio				
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>				
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		<input type="checkbox"/> FINANCIERA	<input type="checkbox"/> ASISTENCIAL	<input type="checkbox"/> JURÍDICA
				<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!				

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>	Versión 3 Vigencia 30/11/2021
	La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.	

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <b>Otorrino</b>	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <b>11/03/2022</b>
---	--

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	<b>José Angel Martínez Lozano - Tatiana Lozano Peña</b>		
N. IDENTIFICACIÓN	<b>1104425756</b>	EDAD	<b>70</b>
DIRECCIÓN	<b>Vereda la Castellera</b>	TELÉFONO	<b>323-3742904</b>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<b>Mutual SER</b>
GRUPO ÉTNICO	<b>Cabildo Indígena</b>	PROCEDENCIA	RURAL URBANA

ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)		RESPUESTA					
PREGUNTA		SI	NO	NS/NR	N/A		
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X					
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X					
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X					
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		X				
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X		
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?	X			

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
1	Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?	X			
2	Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?				
3	¿Le informaron sobre el horario de visitas?				
4	¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?				

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	Versión 3
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>	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: <b>Otorrino</b>	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <b>01/03/2022</b>
---	--

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	<b>maría angelica martinez Anaya - Huacapistán 21 años</b>		
N. IDENTIFICACIÓN	<b>1104440339</b>	EDAD	
DIRECCIÓN	<b>La metra</b>	TELÉFONO	<b>3217423906</b>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<b>COFACUCCO</b>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Sus derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			X			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?					
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?					

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?					
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?					
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?					
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?					

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión <b>3</b>					
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			Vigencia <b>30/11/2021</b>					
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: <b>Ecofografía</b>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<b>08/03/2022</b>					
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>									
NOMBRE COMPLETO		<b>Kellys Shabana Miranda</b>							
N. IDENTIFICACIÓN		<b>7005679429</b>		EDAD	<b>21</b>				
DIRECCIÓN		<b>el chopal</b>		TELÉFONO	<b>3108607806</b>				
CORREO ELECTRÓNICO				EPB	<b>CONSALES</b>				
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA	<input type="checkbox"/> RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBANA				
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>									
<b>PREGUNTA</b>				<b>RESPUESTA</b>					
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?				<input checked="" type="checkbox"/>					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?				<input checked="" type="checkbox"/>					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?				<input checked="" type="checkbox"/>					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?				<input checked="" type="checkbox"/>					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?				<input checked="" type="checkbox"/>					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?				<input checked="" type="checkbox"/>					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?				<input checked="" type="checkbox"/>					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?				<input checked="" type="checkbox"/>					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?				<input checked="" type="checkbox"/>					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?				<input checked="" type="checkbox"/>					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?				<input checked="" type="checkbox"/>					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web					<input checked="" type="checkbox"/>				
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?		DEFINITAMENTE SI	PROBABILMENTE SI	PROBABILMENTE NO	DEFINITAMENTE NO	NO RESPONDE			
		<input checked="" type="checkbox"/>							
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?				MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR
				<input checked="" type="checkbox"/>					
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>									
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?									
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?									
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio									
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>									
¿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		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!									

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>			Versión 3				
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>			Vigencia 30/11/2021				
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.								
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Ecoisprafin</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>08/02/2022</i>				
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>								
NOMBRE COMPLETO		<i>Enzoilth del Carmen Alvarez Arias</i>						
N. IDENTIFICACIÓN		<i>1005683028</i>		EDAD				
DIRECCIÓN		<i>El Limón</i>		TELÉFONO				
CORREO ELECTRÓNICO				EPB				
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA				
				RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/>				
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>								
<b>PREGUNTA</b>			<b>RESPUESTA</b>					
			SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?			<input checked="" type="checkbox"/>					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?			<input 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 type="checkbox"/>					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?			<input 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 type="checkbox"/>					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?			<input type="checkbox"/>					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?			<input type="checkbox"/>					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una peticion, queja, reclamo, felicitación, etc.?			<input type="checkbox"/>					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?			<input checked="" type="checkbox"/>					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web				<input checked="" type="checkbox"/>				
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?			DEFINITAMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/>	PROBABILMENTE SI <input type="checkbox"/>	PROBABILMENTE NO <input type="checkbox"/>	DEFINITAMENTE NO <input type="checkbox"/>	NO RESPONDE <input type="checkbox"/>	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?			MUY BUENA <input type="checkbox"/>	BUENA <input checked="" type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MALA <input type="checkbox"/>	MUY MALA <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>								
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?				<input checked="" type="checkbox"/>				
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?			<input 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?								
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>								
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA <input type="checkbox"/>	ASISTENCIAL <input type="checkbox"/>	JURÍDICA <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/>			
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>								

 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	Versión 3
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>	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: 09/03/2022

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>Maria Andrea Quintana Santos</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>7003359556</u>	EDAD	<u>21</u>
DIRECCIÓN	<u>caimito - San Marcos</u>	TELÉFONO	<u>300882296</u>
CORREO ELECTRÓNICO		EPB	<u>cajacopi</u>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	RURAL    URBANA

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	<input checked="" type="checkbox"/>					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	<input checked="" type="checkbox"/>					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		<input checked="" type="checkbox"/>				
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE SI <input type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE NO <input type="checkbox"/>	DEFINITIVAMENTE NO <input type="checkbox"/>	NO RESPONDE <input type="checkbox"/>	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA <input checked="" type="checkbox"/>	BUENA <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MALA <input type="checkbox"/>	MUY MALA <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

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

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

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

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

**RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)**

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

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

 <b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>		Versión 3		
	<b>FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO</b>		Vigencia 30/11/2021		
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.					
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Ecofisiología</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <i>09/03/2022</i>			
<b>IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO</b>					
NOMBRE COMPLETO: <i>Amira Luz de Hoyos Padelo</i>		EDAD: <i>57</i>			
N. IDENTIFICACIÓN: <i>34.943294</i>		TELÉFONO: <i>311 656078</i>			
DIRECCIÓN: <i>Tropiña p. ex. sur</i>		EPS: <i>mutatseu</i>			
CORREO ELECTRÓNICO:		PROCEDENCIA:		<input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA	
GRUPO ÉTNICO:					
<b>ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)</b>					
<b>PREGUNTA</b>		<b>RESPUESTA</b>			
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/> N/A	
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		<input checked="" type="checkbox"/>			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?		<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?		<input checked="" type="checkbox"/>			
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?		<input type="checkbox"/>			
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?		<input type="checkbox"/>			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?		<input type="checkbox"/>			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?		<input type="checkbox"/>			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?		<input type="checkbox"/>			
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?		<input type="checkbox"/>			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?		<input type="checkbox"/>			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?		<input checked="" type="checkbox"/>			
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<input checked="" type="checkbox"/>		
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?		<input checked="" type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE NO <input type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE NO <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> BUENA	<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALA <input type="checkbox"/> MUY MALA <input type="checkbox"/> NR	
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>					
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			<input checked="" type="checkbox"/>		
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?					
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio					
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)</b>					
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		<input type="checkbox"/> FINANCIERA	<input type="checkbox"/> ASISTENCIAL	<input type="checkbox"/> JURIDICA	<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>					

