



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

VERSION 3

VIGENCIA
30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Neurología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 04 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Robiel Hoyos Delatorre Cortezada Debes Medina</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>16 044 39295</u>	EDAD	<u>5 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Tablon</u>	TELEFONO	<u>3004329962</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>NEPS</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</u>

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

PREGUNTA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentarios

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

¿Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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



**HOSPITAL REGIONAL
DE NIVEL DE SAN MARCOS**

VERSION 3

**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE
SATISFACCIÓN AL USUARIO**

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Gerencia de Logística FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 25 MIO A 2024

IDENTIFICACION DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: x Medis martinez fabra

No. IDENTIFICACION: 23 101 646

DIRECCION: SON. JOSE

EDAD: 64

CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONO: 3015853483

GRUPO ETNICO: _____

EPS: Coosales

PROCEDENCIA: RURAL URBAN

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

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	NS/NR	N/A
1. ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En caso que lo hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En caso que lo hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿El profesional que lo atendió preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Si respondió sí a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Las medidas de higiene de donde dijo que se hizo el examen fueron explicadas adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿En el momento de atenderlo, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Conoce alguna de las redes de Internet: WhatsApp, Facebook, Twitter, página web?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Recomendaría los servicios de Hospital a sus familiares o conocidos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. En general, ¿cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de Nivel de San Marcos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1. ¿Tuvo acceso al baño para su familia?

2. ¿Conoce alguna de las redes sociales para los pacientes?

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 acerca de las normas de sus pertenencias?

Utilice este espacio para cualquier comentario o sugerencia.

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante el proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?

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

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



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

VERSION 3

VIGENCIA
30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Donación de Órgano FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 25 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Adriana Buelvas Martinez</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104430460</u>		
DIRECCIÓN	<u>San Jose</u>	EDAD	<u>29</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>9122812158</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>MSE</u>
ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</u>

PREGUNTA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Atención FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 07 M 10 A 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Jaidy Gonzalez Velaz</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>2704404307</u>		
DIRECCIÓN	<u>Las Flores</u>	EDAD	<u>40</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3234502620</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>PLSA</u>
		PROCEDENCIA	<input type="checkbox"/> RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBAN

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

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?				
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	X			
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	X			
5 En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	X			
6 El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X			
9 Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X			
10 ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ?	X			
11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ?	X			
12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilher, pagina web	X			
13 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA				
1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?				
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
1 Si le administraron medicamentos, ¿ Le informaron acerca de la aplicación de estos ?				
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados?				
3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ?				
4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ?				

Utilice este espacio para sugerencias o comentarios

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURÍDICA	ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Ortopedia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 10 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	* <u>Luz Dora Argumedo Hoyos</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>34.948794</u>	EDAD	<u>43</u>
DIRECCIÓN	<u># El Paraíso</u>	TELEFONO	<u>311 4087399</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Fowad</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</u>

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

PREGUNTA

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

14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?

MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS
	X				

1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?

2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?

	X			
--	---	--	--	--

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentarios

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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

FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Atención Primaria FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 07 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Zoila Rosa Montalvo Camargo</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>34945724</u>		
DIRECCIÓN	<u>El Tablon Beresta</u>	EDAD	<u>48</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>912722984</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>MSE</u>
		PROCEDENCIA	<input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBAN

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

PREGUNTA

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?						
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	X					
11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilher, pagina web	X					
13 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO		
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA						
1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita?						
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?						
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN						
1 Si le administraron medicamentos, ¿ Le informaron acerca de la aplicación de estos?						
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados?						
3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas?						
4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?						

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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



HOSPITAL REGIONAL
DE II NIVEL DE SAN MARCOS

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Atención FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D23 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Parlyzo Medea - Quispe - Manuel Medea

No. IDENTIFICACION: 10875848

DIRECCIÓN: N: El Tono

CORREO ELECTRONICO: _____

GRUPO ETNICO: _____

EDAD: 66

TELEFONO: 986966469

EPS: UPEU S2

PROCEDENCIA: RURAL URBAN

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?						
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>					
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>					
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>					
8 ¿Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>					
9 ¿Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>					
10 ¿Le informaron acerca de donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	<input checked="" type="checkbox"/>					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>					
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilher, pagina web	<input checked="" type="checkbox"/>					
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO		
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS*
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA						
1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?						
2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?	<input checked="" type="checkbox"/>					
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN						
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?						
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados?						
3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas?						
4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?						

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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

FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA

30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Atención FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 21/10/2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO: Paciente

NOMBRE COMPLETO: Juan Antonio Arrieta Mirella Arrieta Beltran

No. IDENTIFICACION: 23067174

DIRECCIÓN: Delicias - San Juan EDAD: 83

CORREO ELECTRONICO: _____ TELEFONO: 8103880171

GRUPO ETNICO: _____ EPS: N.EPS.

PROCEDENCIA: RURAL URBAN

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una x)

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

FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURÍDICA	ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Atención FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 21 Mayo 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO Yolibney Nuñez Diaz

No. IDENTIFICACION 1 104 417 133

DIRECCIÓN fernan fortich EDAD 38

CORREO ELECTRONICO fernandfortich TELEFONO 3115539264

GRUPO ETNICO _____ EPS Mutual Ser

PROCEDENCIA RURAL URBAN

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

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ¿Si respondió sí a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilther, pagina web	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE SI <input type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE NO <input type="checkbox"/>	DEFINITIVAMENTE NO <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"/>
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA				
1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿le fueron explicados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utilice este espacio para sugerencias o comentarios

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una x)

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

FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURÍDICA	ADMINISTRATIVA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Atención de Emergencia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 23 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Yanira Sofia Zambrano Hinos</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1100082533</u>		
DIRECCIÓN	<u>Cra 1480 K34 -34</u>	EDAD	<u>18</u>
CORREO ELECTRONICO	<u>SofiaHinos77@gmail.com</u>	TELEFONO	<u>3502673818</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>Salud T</u>
ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)		PROCEDENCIA	RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBAN <input checked="" type="checkbox"/>

PREGUNTA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA*

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Atención de Urgencias FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28 M 10 A 2020

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Blanca Jose Vargas Alvarez

No. IDENTIFICACION: 1038058270

DIRECCIÓN: 20 Ene

CORREO ELECTRONICO: _____

GRUPO ETNICO: _____

EDAD: 19

TELEFONO: 3217662314

EPS: NERS

PROCEDENCIA: RURAL URBAN

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

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?				
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>			
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>			
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>			
6 ¿El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>			
8 ¿Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>			
9 ¿Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	<input checked="" type="checkbox"/>			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>			
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilher, pagina web	<input checked="" type="checkbox"/>			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	<input checked="" type="checkbox"/>			
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA				
1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?				
2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?	<input checked="" type="checkbox"/>			
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados?	<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas?	<input checked="" type="checkbox"/>			
4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	<input checked="" type="checkbox"/>			

Utilice este espacio para sugerencias o comentarlas

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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

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

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Atención al Usuario FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 21 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	<u>Libia Pacheco Pasca</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>23101107</u>		
DIRECCIÓN	<u>Belén</u>	EDAD	<u>58</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3115519474</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>Coosalud</u>
		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</u>

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

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?				
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	X			
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	X			
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	X			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X			
9 ¿Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X			
10 ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	X			
11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X			
12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilher, pagina web	X			
13 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?	X			
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA				
1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita?				
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?	X			
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados?	X			
3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas?	X			
4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	X			

Utilice este espacio para sugerencias o comentarios

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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

FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Respiratorio FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D21 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Naralbo Isabel Reino Zambrano

No. IDENTIFICACION: 23.101.279 EDAD: 65

DIRECCIÓN: CU. 20 # 17-13 TELEFONO: 3234674844

CORREO ELECTRONICO: cu29director@gmail.com EPS: Cosawal

GRUPO ETNICO: Indígena PROCEDENCIA: RURAL URBAN

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

PREGUNTA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Gerencia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 04 M 10 A 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>x Justina Arrieta Pararcia</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>216 469 37</u>		
DIRECCIÓN	<u>Mariano albares</u>	EDAD	<u>80</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3219550385</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>fe se?</u>
		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</u>

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

PREGUNTA

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ?				
2 ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ?	<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ?	<input checked="" type="checkbox"/>			
4 ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ?	<input checked="" type="checkbox"/>			
5 ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ?	<input checked="" type="checkbox"/>			
6 ¿ El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?	<input checked="" type="checkbox"/>			
7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?	<input checked="" type="checkbox"/>			
8 ¿ Algún en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?	<input checked="" type="checkbox"/>			
9 ¿ Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente ?	<input checked="" type="checkbox"/>			
10 ¿ Le informaron acerca de donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ?	<input checked="" type="checkbox"/>			
11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ?	<input checked="" type="checkbox"/>			
12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilther, pagina web	<input checked="" type="checkbox"/>			
13 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?	<input checked="" type="checkbox"/>			NO RESPONDE
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA				
1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?				
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados ?		<input checked="" type="checkbox"/>		
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
1 Si le administraron medicamentos, ¿ Le informaron acerca de la aplicación de estos ?				
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados ?				
3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ?				
4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ?				

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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

FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA

30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Emergencia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 04 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: x Funcionario da Rivera

No. IDENTIFICACION: 64726022 EDAD: 45

DIRECCIÓN: Cayo de la Cruz TELEFONO: 3126633992

CORREO ELECTRONICO: EPS: Consalud

GRUPO ETNICO: PROCEDENCIA: RURAL URBAN

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

PREGUNTA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?

2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ?

4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ?

Utilice este espacio para sugerencias ó comentarlas

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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

FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA

30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Neurología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 23 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Leisa Fernanda Soto Cruz

No. IDENTIFICACION: 1005675374

DIRECCIÓN: La Quebrada EDAD: 27

CORREO ELECTRONICO: TELEFONO: 3043690654

GRUPO ETNICO: Indígena EPS: Mutual Ser

PROCEDENCIA: RURAL URBAN

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?						
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	X					
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 ¿Si respondió sí a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, twilther, pagina web?	X					
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO		
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS*
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA						
1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?						
2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?			X			
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN						
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?						
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados?						
3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas?						
4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?						

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una x)

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

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

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Neurología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 23 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	Marcela Patricia Jaraba Leguía		
Nº. IDENTIFICACION	7005682512		
DIRECCIÓN	Barrío Centro Calle 78 #2942	EDAD	23 Años
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	3218866104
GRUPO ETNICO		EPS	Coosalud
ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)		PROCEDENCIA	RURAL URBAN

PREGUNTA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Cardiología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 09/10/2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	Sindy Colera Col.		
Nº. IDENTIFICACION	1104417241		
DIRECCIÓN	B. fernan fortich	EDAD	34 Años.
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	3114578309
GRUPO ETNICO		EPS	Mutual Ser
		PROCEDENCIA	RURAL URBAN

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Neurología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 09/11/2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Gandy Barrios Villegas.</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1100084002</u>		
DIRECCIÓN	<u>Barrios Kennedy</u>	EDAD	<u>30</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3235341285</u>
GRUPO ETNICO		EPS	<u>Cata Copy</u>
		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</u>

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

PREGUNTA

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?						
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió sí a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilher, pagina web?	X					
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO		
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA						
1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?						
2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?			X	X		
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN						
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?						
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿le fueron explicados?						
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?						
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?						

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Medicina FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 07 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Elena Estrada Acevedo Vicky y Fernando Acevedo</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>Vereda trocha residencial</u>		
DIRECCIÓN	<u>102 366 8335</u>	EDAD	<u>2 meses</u>
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	<u>3508481784</u>
GRUPO ETNICO		EPS	
		PROCEDENCIA	<u>RURAL</u> URBAN

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?						
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilther, pagina web	X					
13 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO		
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA						
1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita?						
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?						
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN						
1 Si le administraron medicamentos, ¿ Le informaron acerca de la aplicación de estos?						
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados?						
3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas?						
4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?						

Utilice este espacio para sugerencias o comentarlo

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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

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

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



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

VERSION 3

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: Neurlogía FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 07 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: DANIELA SOFIA VITOLA SOTO KARINA SOTO

No. IDENTIFICACION: 1104443638

DIRECCIÓN: Belen EDAD: 1

CORREO ELECTRONICO: Belen TELEFONO: 3727084307

GRUPO ETNICO: _____ EPS: _____

PROCEDENCIA: RURAL URBAN

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?

2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ?

4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ?

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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

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

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



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

VERSION 3

**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE
SATISFACCIÓN AL USUARIO**

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Neurología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 18 M 10 2024
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: EUGENIA MARIA POEZ COTERA YENIS BAURICA NIETA
No. IDENTIFICACION: 22984625 EDAD: 77
DIRECCIÓN: Barrío El Progreso TELEFONO: 3235430112
CORREO ELECTRONICO: _____ EPS: COSALUD
GRUPO ETNICO: _____ PROCEDENCIA: RURAL URBAN

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?

2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas?

4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?

Utilice este espacio para sugerencias o comentarios

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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

FINANCIERA ASISTENCIAL JURIDICA ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Urgencias FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 21 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	<u>Antonio Beltrán Amata - María Teófilo Beltrán Rueda</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>3825162</u>	EDAD	<u>88</u>
DIRECCIÓN	<u>Barrio El Prado</u>	TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Coosalud</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBAN</u>

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

PREGUNTA

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?				
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	<input checked="" type="checkbox"/>			
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	<input checked="" type="checkbox"/>			
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	<input checked="" type="checkbox"/>			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	<input checked="" type="checkbox"/>			
9 ¿Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	<input checked="" type="checkbox"/>			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	<input checked="" type="checkbox"/>			
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilther, pagina web?	<input checked="" type="checkbox"/>			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	<input checked="" type="checkbox"/>			
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA				
1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?				
2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?	<input checked="" type="checkbox"/>			
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados?	<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas?	<input checked="" type="checkbox"/>			
4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	<input checked="" type="checkbox"/>			

Utilice este espacio para sugerencias o comentarios

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE
SATISFACCIÓN AL USUARIO**

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Atención de Urgencias FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 18 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Eberhardus Isabel Oviedo Arias - Emmyd Albar</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>34 890 190</u>	EDAD	<u>71</u>
DIRECCIÓN	<u>Bereda El Mono</u>	TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>M.S.V.</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL</u> URBAN

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

PREGUNTA

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?				
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	X			
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	X			
5 En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	X			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X			
9 Si respondió si a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	X			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X			
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, twilther, pagina web	X			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO NO RESPONDE
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA MUY MALA NS
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA				
1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?				
2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?	X			
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿le fueron explicados?	X			
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?	X			
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	X			

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURÍDICA	ADMINISTRATIVA

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



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

VERSION 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Clínica de Urgencias FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D 21 M 10 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	Victor Alfredo Lopez Ayuda		
Nº. IDENTIFICACION	1005682297		
DIRECCIÓN	campo nuevo	EDAD	29
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	320543218
GRUPO ETNICO		EPS	ADRES
		PROCEDENCIA	RURAL URBAN

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?						
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	X					
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió si a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twilther, pagina web	X					
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO		
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San-Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA						
1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?						
2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?						
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN						
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?	X					
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿le fueron explicados?	X					
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?	X					
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?	X					

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA

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