



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

VERSION 3

**VIGENCIA**  
30/11/2021

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

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Ortopedia* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 05 M 12 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	<i>Lecy penate lona</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>34 948-425</i>	EDAD	<i>43</i>
DIRECCIÓN	<i>las Flores</i>	TELEFONO	<i>370 522 5941</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>mutualse</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA

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

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

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

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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



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

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Ortopedia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 12 M 12 A 2023

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	Claudia Cutera Acedato		
No. IDENTIFICACION	34948984	EDAD	42 años
DIRECCIÓN	B Ferrocarril	TELEFONO	3126652896
CORREO ELECTRONICO		EPS	Op. Ser.
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA

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

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

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

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias ó comentario

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

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

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



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

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Ortopedia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 12 M 12 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Yadis Portacio Seluas

NOMBRE COMPLETO Margarita Isabel Schwanes Alcaras  
 No. IDENTIFICACION 34942709 EDAD 74  
 DIRECCIÓN Barrío San José TELEFONO 3117202331  
 CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ EPS E. Colombia  
 GRUPO ETNICO \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA RURAL URBANA

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

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

PREGUNTA	RESPUESTA				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	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?		X			

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

PREGUNTA	RESPUESTA				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE
1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?				X	
2 ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?				X	

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

PREGUNTA	RESPUESTA				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE
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 )**

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

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



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

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Ortopedia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 12 M 12 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO Laura Marcela Rivera Guerrero

No. IDENTIFICACION 1007720597 EDAD 26

DIRECCIÓN San Carlos TELEFONO 312263846

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ EPS Mutua Ser

GRUPO ETNICO \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA RURAL URBANA

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

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

13 ¿Recomendarla los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?

DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE
X				

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

MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS
X					

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?

	X		
--	---	--	--

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

X			
---	--	--	--

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

--	--	--	--

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

--	--	--	--

3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas?

--	--	--	--

4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?

--	--	--	--

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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





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

VERSION 3

**VIGENCIA**  
30/11/2021

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

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Ortopedia* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 05M 12 A 2023*

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<i>x Emilia Polo Velazquez</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>34949478</i>	EDAD	<i>46</i>
DIRECCIÓN	<i>V. Cayo de la Cruz</i>	TELEFONO	<i>-</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>MSE</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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



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

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 04 M 12 A 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Fabiana Alvaréz Castro

NOMBRE COMPLETO	x <u>Dylan Jose Acosta Alvaréz</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104440499</u>	EDAD	<u>3 año</u>
DIRECCIÓN	x <u>feinan tortich</u>	TELEFONO	<u>3106106848</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>fam. lia. deco</u>
GRUPO ETNICO		PROCEBENCIA	<u>RURAL URBANA</u>

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

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias ó comentario

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

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

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



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

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Pediatría - FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 05M 12 A 2023

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>Camila Andrea Bueno Rivero - Argelia Posa Rivero Polo</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1.104.422.523</u>	EDAD	<u>13</u>
DIRECCIÓN	<u>Cayo de la Cruz</u>	TELEFONO	<u>3146707420</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>mutual ser</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBANA</u>

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

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

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

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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





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

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 05 M 12 A 2023

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>Mariana Barreto Muniz Leiza Monica Ochoa</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1231838525</u>	EDAD	<u>8 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Barrio Mariano Huarec</u>	TELEFONO	<u>3113903101</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>el ser</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBANA</u>

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

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

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

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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





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

VERSION 3

VIGENC

30/11/20

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

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Dermatología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 07 de Mayo 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

+ Blanca Benítez Caldera

Nº IDENTIFICACION

34942162

EDAD

56

DIRECCIÓN

B. Marius Alvarez

TELEFONO

312323806

CORREO ELECTRONICO

EPS

Mutual Ser

GRUPO ÉTNICO

PROCEDENCIA

RURAL U

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )

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



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

VERSION 3

VIGENCIA

30/11/20

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

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Dermatología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 07 M 12 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: x Ana Isabel Cabrera Silgado Iris Fernandez  
 NO. IDENTIFICACION: 1102121063 EDAD: 13  
 DIRECCIÓN: Las Garitas TELEFONO: 312682942  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ EPS: Mutual Ser  
 GRUPO ETNICO: \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA: RURAL URI

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

PREGUNTA	RESPUESTA		
	SI	NO	NS/NR
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X		
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X		
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	X		
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	X		
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	X		
6 ¿El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X		
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X		
8 ¿Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X		
9 ¿Si respondió 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, Twither, pagina web?		X	
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO
	X		
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR
		X	MALA
			MUY MALA

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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



**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: *Quirómano* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 14 M 12 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	<i>Luisa María Añan Viloria</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>1.193-360-877</i>	EDAD	<i>20</i>
DIRECCIÓN	<i>Buenavista - San Marcos</i>	TELEFONO	<i>3127121630</i>
CORREO ELECTRONICO	<i>luisamariaañanviloria66@gmail.com</i>	EPS	<i>COOSALUD</i>
GRUPO ETNICO	<i>Indígena</i>	PROCEDENCIA	<input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA

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

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

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

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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



**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:	<i>Corycaid</i>	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	D	M	A
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	<i>Jairo E. Quintero Cortez</i>				
No. IDENTIFICACION	<i>1143141641</i>	EDAD	<i>31</i>		
DIRECCIÓN	<i>Cra. 30-25</i>	TELEFONO	<i>3044460812</i>		
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Cosalud</i>		
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL	URBANA	

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

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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





**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: Cardiología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 11 M 12 A 2023

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>*Nelly Zobaleta Peñalba</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>*7005679070</u>	EDAD	<u>27 años</u>
DIRECCIÓN	<u>*el Caño de Carate</u>	TELEFONO	<u>3007841774</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Cosalut</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA

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

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

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

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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



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

VERSION 3

**VIGENCIA**  
30/11/2021

**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: *Genesalógica* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 11 M 12 A 2023

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<i>Jugris Paola realos</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>34949989</i>	EDAD	<i>39</i>
DIRECCIÓN	<i>Barrio San Jose</i>	TELEFONO	<i>310243585</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Mutual Sa</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA

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

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

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

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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



**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: *Candolapa* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 11 M 12 A 2023*

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<i>JINA PAOLA MONTES ANDRADES</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>71104422013</i>	EDAD	<i>31</i>
DIRECCIÓN	<i>El 220 Cra 240-41</i>	TELEFONO	<i>3104899549</i>
CORREO ELECTRONICO	<i>andradexjina002@gmail.com</i>	EPS	<i>FAMILIAR COLUMBIA</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ?	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 ?						
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, Twither, pagina web	X					
13 ¿ Recomendaria 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 ?		X		
2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?	X			

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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





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

VERSION 3

**VIGENCIA**  
30/11/2021

**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: *Ecografía* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 19 M 12 A 2023*

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<i>Deysi del Carmen Sandoval Hoyos</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>34 949 833</i>	EDAD	<i>40 años</i>
DIRECCIÓN	<i>Calle 23 # 23A-01</i>	TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO	<i>deyca-2683@hotmail.com</i>	EPS	<i>Plata/Ser</i>
GRUPO ETNICO	<i>Afrocolombiano</i>	PROCEDENCIA	RURAL URBANA <input checked="" type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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





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

**VIGENCIA**  
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Ecografía FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 19 M 12 A 2023

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>Camila Andrea Baldaño Baldaño</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1101125486</u>	EDAD	<u>19</u>
DIRECCIÓN	<u>Barrio mira flores</u>	TELEFONO	<u>3217730576</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Coahuilana</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA

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

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

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

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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



**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: *Ecosgrafías* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 19 M 12 A 2023*

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<i>Trinidad Perez Le Desma</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>1.100.082.880</i>	EDAD	<i>48</i>
DIRECCIÓN	<i>7. de JUNIO</i>	TELEFONO	<i>304308126</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>COOSALUD</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA

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

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

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

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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



**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: *Hospital de Pediatría* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 11 M 12 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Samuel Pina - Kavina Alvarez</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>1104432739</i>	EDAD	<i>9</i>
DIRECCIÓN	<i>Pueblo VI</i>	TELEFONO	<i>304 2806247</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>N EPS</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )

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

¡ 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: *Hosp. II Nivel* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 11 M 12 A 2021*

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<i>Sara Bobero Vanezas = Mónica Bobero Vanezas</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>34.947383</i>	EDAD	<i>45</i>
DIRECCIÓN	<i>Barrio primero de Junio</i>	TELEFONO	<i>3215756352</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Mutual eer</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

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

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

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