



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: *Portero* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *D 09 M 10 A 2021*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Wendy Hernández Alvarés</i>		
Nº. IDENTIFICACION	<i>34.947.827</i>	EDAD	<i>45</i>
DIRECCIÓN	<i>B. San Rafael II</i>	TELEFONO	<i>3215507355</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>F. d. Colombi</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input checked="" type="checkbox"/>

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

PREGUNTA	RESPUESTA					
	SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ?		<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"/>				
	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 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: M Internos FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 09 M 10 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Ana Alejandra Polo</u>		
NO. IDENTIFICACION	<u>34949169</u>	EDAD	<u>44</u>
DIRECCION	<u>Barrío Los Angeles</u>	TELEFONO	<u>3103514140</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>F Colombia</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 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, 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: 04M 10 A 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Ligia B. Betin

NO. IDENTIFICACION: CA# 23100303 EDAD: 70

DIRECCIÓN: Bomio San José TELEFONO: 3014151623

CORREO ELECTRONICO: _____ EPS: MSE

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?				

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

VIGENCIA 30/11/2021

VERSION 3

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Ortopedia* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *D 19 M 10 A 2022*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO: *Y. SETH DIAZ DIAZ*

NOMBRE COMPLETO: *Y. SETH DIAZ DIAZ*

NO. IDENTIFICACION: *140440660*

DIRECCIÓN: *Barrio Poble VII*

CORREO ELECTRONICO: *314769253*

GRUPO ÉTNICO: *RURAL URBANA*

EDAD: *43*

TELÉFONO: *314769253*

EPS: *EPS*

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 ?								
2	¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ?								
3	¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ?								
4	¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ?								
5	¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ?								
6	¿ El profesional que lo atendió le preguntó sobre sus dudas respecto a su enfermedad ?								
7	¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?								
8	¿ Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?								
9	¿ Si respondió sí a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente ?								
10	¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ?								
11	¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ?								
12	¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, Facebook, Twitter, página web ?								
13	¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos ?								
14	En general, ¿ Como califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?								
1	¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?								
2	¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados ?								
3	¿ Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados ?								
4	¿ Si le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ?								

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Utilice este espacio para sugerencias o comentarios

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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: *04 M 10 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: *Juan Calleja Vega*

NÚM. IDENTIFICACION: *25911213*

DIRECCIÓN: *Barrío Juan Felipe*

CORREO ELECTRONICO: *Actual Sen*

TELEFONO: *322632425*

EPS: *Actual Sen*

PROCEDENCIA: *RURAL URBANA*

GRUPO ÉTNICO: *Actual Sen*

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

PREGUNTA	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 preguntó sobre sus dudas respecto a su enfermedad? *X*

7. Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad? *X*

8. Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario? *X*

9. Si respondió sí a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente? *X*

10. Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.? *X*

11. El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden? *X*

12. ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, Facebook, Twitter, página web? *X*

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*

1. ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita? *X*

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

ESPCIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

1. Si se administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos? *X*

2. Si se 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)

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 !

HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VERSION 3
VIGENCIA 30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Ortopedia*

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *A M D*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO: *Manca Hanna Catera*

NOMBRE COMPLETO: *Manca Hanna Catera*

No. IDENTIFICACION: *1005677788*

DIRECCIÓN: *Cayo de la Cruz*

CORREO ELECTRONICO: *hosalid*

GRUPO ÉTNICO: *RURAL URBANA*

EDAD: *29*

TELEFONO: *312 7383392*

EPS: *hosalid*

PROCEDENCIA: *RURAL URBANA*

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

RESUESTA N/A NO NS/NR SI

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1	2	3	4
¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?	X		
¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?		X	

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDCION DE CUENTAS (Marque con una x)

ADMINISTRATIVA	JURIDICA	ASISTENCIAL	FINANCIERA

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 !



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: Ceryjano FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 19 M 10 A 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Graciela Isabel Montes Prasco

Nº. IDENTIFICACION

34945041

EDAD

80 años

DIRECCIÓN

David Heróflora

TELEFONO

3116738571

CORREO ELECTRONICO

EPS

F. 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 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, 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 !



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: Cirujano FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 19 M 10 A 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO Xlaímís Payares Navarro

NO. IDENTIFICACION 34951264 EDAD 40

DIRECCIÓN Guayapo TELEFONO 32172606

CORREO ELECTRONICO EPS F Colubr

GRUPO ÉTNICO PROCEDENCIA RUR 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 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, 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: *Of. Fisiología* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *D 20 M 10 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: *Edmundo J. Huertas Perez*

No. IDENTIFICACION: *00.10.875296* EDAD: *65*

DIRECCIÓN: *Boca la Huertas* TELEFONO: *3148647112*

CORREO ELECTRONICO: _____ EPS: *coso hu*

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 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 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: Ofi FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 20 M 10 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO xivini Acosta. - ivanet Acosta Acosta
 NO. IDENTIFICACION 3899784 EDAD 75
 DIRECCIÓN barro fanhufotih TELEFONO 310743857
 CORREO ELECTRONICO _____ EPS Coasulud
 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 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 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	
	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	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 17 M 10 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Miguel Galois Ortega - Xiomara Ortega Ortega</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104441646</u>	EDAD	<u>2 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Cayo de la Cruz</u>	TELEFONO	<u>3126028656</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Cafacopi</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 ¿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 17 M 10 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	<u>Daita Maria Herrera Fabra = Oriana Fabra Diaz</u>	EDAD	<u>4 meses</u>
No. IDENTIFICACION	<u>1104443775</u>	TELEFONO	<u>3018066683</u>
DIRECCIÓN	<u>La Florida</u>	EPS	<u>Coosalud</u>
CORREO ELECTRONICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL URBANA</u>
GRUPO ETNICO			

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?	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 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: Geriatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 04M 10 A 2023
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Nº IDENTIFICACION

DIRECCIÓN

CORREO ELECTRONICO

GRUPO ÉTNICO

Milagro Patricia Betin M.
26.066.353
B/rio Bogota

EDAD

41 años

TELEFONO

321 660 9063

EPS

Mutual ser

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

¡ Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a ccnstruir 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: Ginecología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 04 M 10 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO Margoth Cardenas Rogrege Rodriguez

NO. IDENTIFICACION 1.00568083 EDAD EDAD 37

DIRECCIÓN Texesa TELEFONO 3737787266

CORREO ELECTRONICO _____ EPS COOSALU

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 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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 ?		<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 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: **HOSP. PEDIATRÍA.** FECHA DE DILIGENCIAMIENTO **D 12 M 10 A 2023**

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	Santiago Echeverría Madero		
No. IDENTIFICACION	1104443782	EDAD	5 meses
DIRECCION	B. las Condelarias.	TELEFONO	3126669218
CORREO ELECTRONICO		EPS	Mutual Ser.
GRUPO ETNICO		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 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?				
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

Mejorar el trato del personal.

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

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

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



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. Pediatría* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *012 M 10 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>ABirnael Andruce monts</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>1104442274</i>	EDAD	<i>7</i>
DIRECCIÓN	<i>Corregimiento Buenavista.</i>	TELEFONO	<i>8226277975</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Mutual Ser.</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL <input checked="" 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 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 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 ¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14 En general, ¿ Como califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR <input checked="" type="checkbox"/>	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

Es importante mejorar el trato a los niños en este servicio.

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 !