



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

Versión 3

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

Vigencia 30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Ortopedia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 04 04 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Form fields for user identification: NOMBRE COMPLETO (Miran Bararito Medina), N. IDENTIFICACIÓN (34940385), EDAD (60), DIRECCIÓN (Calle 21), TELÉFONO (3126760717), CORREO ELECTRÓNICO, EPS (Coosalud), GRUPO ÉTNICO, PROCEDENCIA (RURAL/URBANA).

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

Table with 14 rows of survey questions and 5 columns for responses (SI, NO, NS/NR, N/A). Questions cover satisfaction with waiting time, staff treatment, explanations, recommendations, and privacy.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Survey questions for external consultation service: 1. ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita? 2. ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

Survey question: ¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía? Options: 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 ESE
FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

Versión 3
 Vigencia 30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Ortopedia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 04/04/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO <u>Edwin Abel José Barboza Barbosa</u>		EDAD	<u>57</u>
N. IDENTIFICACIÓN <u>78 857 669</u>		TELÉFONO	<u>5 Total</u>
DIRECCIÓN <u>La Sabellina</u>		EPS	<u>3147286</u>
CORREO ELECTRÓNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA <u>503</u>
GRUPO ÉTNICO			

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

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

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

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE			Versión 3				
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO			Vigencia 30/11/2021				
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.								
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Ortopedista</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>04/04/2022</i>				
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO								
NOMBRE COMPLETO		<i>Andrés Felipe Ruiz Montes. Nivis Montes.</i>						
N. IDENTIFICACIÓN		<i>1104419510</i>		EDAD	<i>13</i>			
DIRECCIÓN		<i>La Quebrada</i>		TELÉFONO	<i>310410473</i>			
CORREO ELECTRÓNICO				EPS	<i>Coosabed.</i>			
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA	RURAL URBANA			
ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)								
PREGUNTA			RESPUESTA					
			SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?			<input checked="" type="checkbox"/>					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?			<input checked="" type="checkbox"/>					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?			<input checked="" type="checkbox"/>					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?			<input checked="" type="checkbox"/>					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?			<input checked="" type="checkbox"/>					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?			<input checked="" type="checkbox"/>					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?			<input checked="" type="checkbox"/>					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?			<input checked="" type="checkbox"/>					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?			<input checked="" type="checkbox"/>					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?			<input checked="" type="checkbox"/>					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?			<input checked="" type="checkbox"/>					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web				<input checked="" type="checkbox"/>				
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?		DEFINITIVAMENTE SI	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	NR
				<input checked="" type="checkbox"/>				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA								
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			<input checked="" type="checkbox"/>					
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?			<input checked="" type="checkbox"/>					
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN								
1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?								
2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?								
3 ¿Le informaron sobre el horario de visitas?								
4 ¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?								
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)								
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA			
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>								

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE			Versión 3	
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO			Vigencia 30/11/2021	
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.					
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Explicación Física</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		ID: <i>12</i>	Cód: <i>004</i> AAAA
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO		<i>Julio Esteban Alvarez Garavito</i>			
N. IDENTIFICACIÓN		<i>3958578</i>		EDAD	<i>76 a</i>
DIRECCIÓN		<i>Cayo de la Cruz</i>		TELÉFONO	<i>3225469692</i>
CORREO ELECTRÓNICO				EPS	<i>Cedavsa</i>
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA	<input 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		
			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?		<input checked="" type="checkbox"/>		
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?		<input checked="" type="checkbox"/>		
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?		<input checked="" type="checkbox"/>		
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?		<input checked="" type="checkbox"/>		
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?		<input checked="" type="checkbox"/>		
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<input checked="" type="checkbox"/>	
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE SI <input type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE NO <input type="checkbox"/>	DEFINITIVAMENTE NO <input type="checkbox"/>
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?		MUY BUENA <input checked="" type="checkbox"/>	BUENA <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>
			MALA <input type="checkbox"/>	MUY MALA <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			<input checked="" type="checkbox"/> NO	
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?			<input checked="" type="checkbox"/> SI	
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
1	Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?				
2	Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?				
3	¿Le informaron sobre el horario de visitas?				
4	¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?				
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio					
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)					
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA <input type="checkbox"/>	ASISTENCIAL <input checked="" type="checkbox"/>	JURIDICA <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/>
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>					

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE			Versión 3				
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO			Vigencia 30/11/2021				
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.								
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Ortopedia Fisioterapia</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>10/11/2022</i>				
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO								
NOMBRE COMPLETO		<i>Jose Zuleta Rodriguez</i>						
N. IDENTIFICACIÓN		<i>1104422166</i>		EDAD				
DIRECCIÓN		<i>B. Mariano Alvarez</i>		TELÉFONO				
CORREO ELECTRÓNICO				EPS				
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA				
				RURAL URBANA				
ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)								
PREGUNTA			RESPUESTA					
			SI	NO	NS/NR	N/A		
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?			<input checked="" type="checkbox"/>					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?			<input checked="" type="checkbox"/>					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?			<input checked="" type="checkbox"/>					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?			<input checked="" type="checkbox"/>					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?			<input checked="" type="checkbox"/>					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?			<input checked="" type="checkbox"/>					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?			<input checked="" type="checkbox"/>					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?			<input checked="" type="checkbox"/>					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?			<input checked="" type="checkbox"/>					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una peticón, queja, reclamo, felicitación, etc.?			<input checked="" type="checkbox"/>					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?			<input checked="" type="checkbox"/>					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<input checked="" type="checkbox"/>					
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?			DEFINITAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITAMENTE NO	NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?			MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA								
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?				<input checked="" type="checkbox"/>				
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?								
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)								
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?			FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA		
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>								

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <u>Terapias físicas</u>	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	20	/	04	2022
---	---------------------------	----	---	----	------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	<u>WALTER ANTONIO</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>10888067</u>	EDAD	<u>40</u>
DIRECCIÓN	<u>CAYO DE LA CRUZ</u>	TELÉFONO	<u>310424247</u>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>000 salud</u>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/>

ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)							
PREGUNTA	RESPUESTA						
	SI	NO	NS/NR	N/A			
1	<input checked="" type="checkbox"/>						
2	<input checked="" type="checkbox"/>						
3	<input checked="" type="checkbox"/>						
4	<input checked="" type="checkbox"/>						
5	<input checked="" type="checkbox"/>						
6	<input checked="" type="checkbox"/>						
7	<input checked="" type="checkbox"/>						
8	<input checked="" type="checkbox"/>						
9	<input checked="" type="checkbox"/>						
10	<input checked="" type="checkbox"/>						
11	<input checked="" type="checkbox"/>						
12		<input checked="" type="checkbox"/>					
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE SI <input type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE NO <input type="checkbox"/>	DEFINITIVAMENTE NO <input type="checkbox"/>	NO RESPONDE <input type="checkbox"/>	
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA <input checked="" type="checkbox"/>	BUENA <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MALA <input type="checkbox"/>	MUY MALA <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>

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

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

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

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE
FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

Variedad
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: Notificación FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 09/01/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Riddoilio Blanco Diaz</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>6620313</u>	EDAD	<u>78</u>
DIRECCIÓN	<u>Calle 19 Cra 32</u>	TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>Coosalud</u>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/>

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

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

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

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

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

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3			
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO				Vigencia 30/11/2021			
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.								
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <i>Notificación</i>			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		DD	MM AAAA		
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO								
NOMBRE COMPLETO <i>Fidelino Díaz Pérez</i>			EDAD <i>61</i>					
N. IDENTIFICACIÓN <i>34940718</i>			TELÉFONO <i>3202781685</i>					
DIRECCIÓN <i>Betania</i>			EPS <i>Coosalud</i>					
CORREO ELECTRÓNICO			PROCEDENCIA		RURAL	URBANA		
GRUPO ÉTNICO								
ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)								
PREGUNTA			RESPUESTA					
			SI	NO	NS/NR	N/A		
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		<input checked="" type="checkbox"/>					
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?		<input checked="" type="checkbox"/>					
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?		<input checked="" type="checkbox"/>					
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?		<input checked="" type="checkbox"/>					
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?		<input checked="" type="checkbox"/>					
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?		<input checked="" type="checkbox"/>					
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?		<input checked="" type="checkbox"/>					
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?		<input checked="" type="checkbox"/>					
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?		<input checked="" type="checkbox"/>					
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?		<input checked="" type="checkbox"/>					
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?		<input checked="" type="checkbox"/>					
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<input checked="" type="checkbox"/>				
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE		
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NR
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA								
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?							
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?			<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?							
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)								
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?			FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA		
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>								

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE			Versión 3	
	FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO			Vigencia 30/11/2021	
La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.					
ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <u>Hos. Pediatría</u>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<u>10 de MAY 2022</u>	
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO		<u>Maylin Lucia Caliz C. Estefany Conrado T.</u>			
N. IDENTIFICACIÓN		<u>1104441430</u>		EDAD	<u>1 año</u>
DIRECCIÓN		<u>Las maravillas</u>		TELÉFONO	<u>3225439061</u>
CORREO ELECTRÓNICO				EPS	<u>Salud Total</u>
GRUPO ÉTNICO				PROCEDENCIA	RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/>
ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)					
PREGUNTA				RESPUESTA	
				SI	NO
1	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?			<input checked="" type="checkbox"/>	
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?			<input checked="" type="checkbox"/>	
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?			<input checked="" type="checkbox"/>	
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?			<input checked="" type="checkbox"/>	
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?			<input checked="" type="checkbox"/>	
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?			<input checked="" type="checkbox"/>	
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?			<input checked="" type="checkbox"/>	
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?			<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?			<input checked="" type="checkbox"/>	
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, solicitud, etc.?			<input checked="" type="checkbox"/>	
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?			<input checked="" type="checkbox"/>	
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<input checked="" type="checkbox"/>	
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE SI <input type="checkbox"/>	PROBABLEMENTE NO <input type="checkbox"/>	DEFINITIVAMENTE NO <input type="checkbox"/>
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?	MUY BUENA <input checked="" type="checkbox"/>	BUENA <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MALA <input type="checkbox"/>
				MUY MALA <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?				
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
1	Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?			<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿Le fueron explicados?			<input checked="" type="checkbox"/>	
3	¿Le informaron sobre el horario de visitas?			<input checked="" type="checkbox"/>	
4	¿Le informaron sobre la custodia de sus pertenencias?			<input checked="" type="checkbox"/>	
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio					
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)					
¿Qué información considera Usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?		FINANCIERA <input type="checkbox"/>	ASISTENCIAL <input type="checkbox"/>	JURIDICA <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/>
¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!					

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: <u>Hos. Fleil. Intern</u>	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	17	08/11	2022
---	---------------------------	----	-------	------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	<u>Luz Marina Calle Otero</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>34940414</u>		
DIRECCIÓN	<u>calle el carmen</u>		
CORREO ELECTRÓNICO	EDAD	<u>60</u>	
GRUPO ÉTNICO	TELÉFONO	<u>3103876712</u>	
	EPS	<u>Sanitas</u>	
	PROCEDENCIA	RURAL	URBANA

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

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

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