



HOSPITAL REGIONAL
DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

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: Geniología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 04 05 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Yadis loz Hadero Bolívar</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>7005679003</u>	EDAD	<u>24 años</u>
DIRECCIÓN	<u>7 de Junio</u>	TELÉFONO	<u>3117855622</u>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>COJA COP</u>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	<u>NOVA</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 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web	X					
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
	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	NR
	X					

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

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

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



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: Odontología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 04 OCT 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Miladis Martinez Martinez</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>64 574 693</u>	EDAD	<u>46</u>
DIRECCIÓN	<u>B. San Rafael 2-</u>	TELÉFONO	<u>311 3549319</u>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>Mutol Ser</u>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	<u>REGULAR</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 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web	X					
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
	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	NR
	X					

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

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

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



HOSPITAL REGIONAL
DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

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: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/05/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Shawny de Jesús Solórzano Carrido</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>1043592503</u>	EDAD	<u>14</u>
DIRECCIÓN	<u>Vereda Candelaria</u>	TELÉFONO	<u>3106717530</u>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>ecosalud</u>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

1 Si lo administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos?				
2 Si lo 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
	X			

¡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

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: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/05/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Johana Esther Martínez Zambrano Mayelis Zambrano</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>1104387973</u>	EDAD	<u>11 Meses</u>
DIRECCIÓN	<u>Las Candelarias</u>	TELÉFONO	<u>3215898387</u>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>Nueva EPS</u>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

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

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



HOSPITAL REGIONAL
DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

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: Pediatrica FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26 05 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Isabela Ocampo Ruiz</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>1704428520</u>	EDAD	<u>9</u>
DIRECCIÓN	<u>Cayo de la Cruz</u>	TELÉFONO	<u>307573900</u>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>HSA</u>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

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

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



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: Unfrecerco FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 16 05 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Ana. Piñera Valero - Mitadiz Vergara</u>		
N. IDENTIFICACIÓN	<u>cc 23-067610</u>	EDAD	<u>77</u>
DIRECCIÓN	<u>7 de Junio</u>	TELÉFONO	<u>344-566-6689</u>
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>cosal u</u>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	<u>X</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 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	X					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	X					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	X					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	X					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	X					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	X					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	X					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	X					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	X					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		X				
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
	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	NR
		X				

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

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

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>Urgencias</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>16 05 2022</i>			
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO							
NOMBRE COMPLETO		<i>Villica Esthe Quinto Chay</i>					
N. IDENTIFICACIÓN		EDAD		<i>55 246 096</i>			
DIRECCIÓN		TELÉFONO		<i>B San Periquitos</i>			
CORREO ELECTRÓNICO		EPS		<i>Coosalea</i>			
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA		<i>X</i>			
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?							
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		
<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>Urgencias</u>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: <u>17 05 2022</u>					
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO							
NOMBRE COMPLETO: <u>Beatriz Nuñez Torres Dina Zúñiga</u>		EDAD: <u>74</u>					
N. IDENTIFICACIÓN: <u>25987221</u>		TELÉFONO: <u>3145894535</u>					
DIRECCIÓN: <u>Clt. 26a Tr: 32a 48</u>		EPS: <u>F. Colombia</u>					
CORREO ELECTRÓNICO:		PROCEDENCIA:		<input checked="" type="checkbox"/>			
GRUPO ÉTNICO:		PROCEDENCIA:		<input checked="" type="checkbox"/>			
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	<input type="checkbox"/> N/A
1 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?				<input checked="" type="checkbox"/>			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?				<input checked="" type="checkbox"/>			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?				<input checked="" type="checkbox"/>			
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?				<input checked="" type="checkbox"/>			
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?				<input checked="" type="checkbox"/>			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?				<input checked="" type="checkbox"/>			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?				<input checked="" type="checkbox"/>			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?				<input checked="" type="checkbox"/>			
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?				<input checked="" type="checkbox"/>			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?				<input checked="" type="checkbox"/>			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?				<input checked="" type="checkbox"/>			
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web				<input checked="" type="checkbox"/>			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?		<input checked="" type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE SI	<input type="checkbox"/> PROBABLEMENTE NO	<input type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE NO	<input type="checkbox"/> NO RESPONDE	
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos?		<input type="checkbox"/> MUY BUENA	<input checked="" type="checkbox"/> BUENA	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MALA	<input type="checkbox"/> MUY MALA	<input type="checkbox"/> NR
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 lo 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?		<input type="checkbox"/> FINANCIERA	<input type="checkbox"/> ASISTENCIAL	<input type="checkbox"/> JURIDICA	<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA		
<i>¡Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital!</i>							