

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS
SERVICIOS**

Sede _____ Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Número de la encuesta _____

Buenos días / tardes. Queremos conocer su opinión acerca de la calidad de los servicios que se prestan en esta clínica, para mejorar la atención. Sus respuestas son confidenciales, le agradecemos contestar con la mayor sinceridad.

IDENTIFICACION

Edad: Sexo: Masculino Femenino Urbano Rural

Barrio: _____ Seguridad Social: Contributivo Subsidiado No afiliado

CALIDAD DE LA ATENCION

	SI	NO	No responde
Al llegar a la institución encontró señales o le dieron indicaciones que le hicieran fácil encontrar a las personas o a los servicios que buscaba?			
Conoce los deberes y derechos que tiene como usuario de los servicios en esta clínica?			
Las instalaciones le parecen limpias y organizadas?			

Considera que la atención ofrecida por el personal es?

	Excelente	Buena	Regular	Mala	No responde
Auxiliares Administrativas					
Profesionales					

Cuánto tiempo transcurrió entre la solicitud de la consulta y la asignación de la cita?

El mismo día Una semana Más de una semana No responde

Este tiempo le parece?

Adecuado Inadecuado No responde

Cuánto tiempo espero desde la hora en que lo citaron hasta entrar a la consulta?

Menos de 15 minutos Hasta 30 minutos Más de 30 minutos

Este tiempo le parece?

Adecuado Inadecuado No responde



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS
PROFESIONALES

CÓDIGO: FPSS-FOR-168

VERSIÓN: 2

FECHA DE ELABORACIÓN DEL
DOCUMENTO: 06/ABR/2018

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	Si	No	No responde
El trato que le dio el personal de la recepción fue amable?			
El trato que le dio el profesional fue amable?			
Le explicaron claramente cuál era su enfermedad?			
Le explicaron claramente que tratamiento necesitaba?			
Le explicaron claramente los cuidados a seguir en su casa?			
Le informaron el tiempo que demoraría su tratamiento?			
Le informaron el costo del tratamiento y la forma de pago?			

Considera que la calidad del tratamiento que le realizaron es?

Excelente Buena Regular Mala No responde

En términos generales Usted se siente satisfecho con la atención recibida?

Si No No responde

Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala No responde

Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?

Definitivamente Si Probablemente Si Definitivamente No Probablemente No

No responde

Si tiene comentarios que puedan colaborar para mejorar nuestro servicio por favor anótelos a continuación.

Gracias por su colaboración.