

 Gobernación de Norte de Santander	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO CENTROS DE SALUD		
	Código: FR-ATU-03-01 v.04	Página 1 de 1	

DIA		MES		AÑO	
-----	--	-----	--	-----	--

SERVICIO EVALUADO	
-------------------	--

1. De las siguientes razones señale aquellas por las cuales califica el servicio recibido:

Atención amable		Calidad de los profesionales	
Rapidez en la atención		¿Otro- cuál?	

2. ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través del Centro de Salud?

MUY BUENA		BUENA	
REGULAR		MALA	
MUY MALA			

3. ¿Conoce sus derechos y deberes como usuario del Centro de Salud?

Si		No	
----	--	----	--

Por favor mencione uno de los que recuerda: _____

4. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos los servicios del Centro de Salud?
Definitivamente SI___ Probablemente SI___ Definitivamente NO___ Probablemente NO___

5. En general. ¿Cómo califica su satisfacción con el servicio recibido?

Satisfecho		Insatisfecho	
------------	--	--------------	--

¡GRACIAS!
SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DE NUESTRA
INSTITUCIÓN