

 Gobernación de Norte de Santander	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO E.S.E HOSPITAL PAMPLONA		
	Código: FR-ATU-03-02 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 en el hospital?

MUY BUENA		BUENA	
REGULAR		MALA	
MUY MALA			

3. ¿Le explicaron su situación de salud de manera clara, completa y suficiente?

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

4. Califique la atención del médico, o profesional de la salud que lo atendió:

Amable		Nada Amable	
--------	--	-------------	--

5. Califique la atención del personal de enfermería o asistencial:

Amable		Nada Amable	
--------	--	-------------	--

6. Califique la atención de vigilancia

Amable		Nada Amable	
--------	--	-------------	--

7. Califique la atención del personal de facturación:

Amable		Nada Amable	
--------	--	-------------	--

8. Considera usted que las instalaciones donde fue atendido son: Confortables, limpio y ordenado.

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

9. La oportunidad de atención fue:

Menos de 5 minutos		Más de 30 Minutos	
De 5 a 20 Minutos			

10. Conoce sus derechos y deberes como usuario de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

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

Por favor mencione uno de los que recuerda: _____

11. Recomendaría a sus familiares y amigos los servicios de la E.S.E Hospital San Juan de Dios?

Definitivamente SI___ Probablemente SI___ Definitivamente NO___ Probablemente NO___

12. 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