



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTÍNUA

Código: FEC0201006

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Versión: 05

Página: 1 de 1

APRECIADO USUARIO queremos agradecerle el aporte que nos hace a través de la presente encuesta de satisfacción, su opinión es muy importante, ya que nos ayudará a mejorar nuestros servicios.

FECHA: _____ SERVICIO: _____

SEGURIDAD SOCIAL: _____

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN ELEGIDA

PREGUNTA	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALO	MUY MALO	NO APLICA
1. ¿Como le pareció el trato recibido por el personal que lo atendió?						
2. ¿El personal que lo atendió le explico los procedimientos que le realizarían?						
3. ¿Considera que la forma en la que le resolvieron el motivo por el cual consulto fue?						
4. ¿Qué confianza le genera los servicios del Hospital?						
5. ¿Cómo califica los trámites de facturación?						
6. ¿Cómo fue el tiempo de espera para ser atendido?						
7. ¿Cómo califica la privacidad en el servicio recibido?						
8. ¿Cómo califica la limpieza en el servicio recibido?						
9. ¿Cómo fue la información brindada por el personal de vigilancia?						
10. ¿Le parecieron cómodos los ambientes del hospital?						
11. ¿Cómo fue la oportunidad de la atención en urgencias?						
12. ¿Considera que la eficiencia del personal del hospital para realizar sus trámites y su atención fue?						
13. ¿Cómo calificaría su experiencia frente a los servicios de salud que ha recibido a través del Hospital?						

¿Recomendaría a sus familiares y amigos este hospital?
Definitivamente Si ___ Probablemente Si ___ Definitivamente NO ___ Probablemente No ___

¿Sabe usted cuáles son sus derechos y deberes dentro del hospital? SI ___ No ___
Por favor mencione uno _____

Observaciones: _____

(Si lo desea) Nombre _____

Teléfono _____