



**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIO  
CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS AMBULATORIOS**

Código: FT-SAU-001

Versión: 004

Fecha actualización: Marzo de 2019

Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**FAVOR MARQUE CON X SU SENTIR EN CUANTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA**

Descripción	Muy bueno (a)	Bueno (a)	Regular	Malo (a)	Muy malo (a)	No informa
1. ¿La facilidad para acceder a los servicios fue?						
2. ¿EL trato recibido por el personal que lo atendió en la institución fue?						
3. ¿La puntualidad en la atención fue?						
4. ¿La claridad con respecto a la información brindada por el profesional en cuanto a su diagnóstico y tratamiento fue?						
5. ¿Cómo califica el orden y aseo de las instalaciones físicas donde fue atendido?						
6. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios que ha recibido en la institución?						

7. ¿Le dieron a conocer sus Derechos y Deberes como paciente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
8. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos utilizar los servicios de la institución?	Definitivamente SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Probablemente SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Definitivamente NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Probablemente NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	No informa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿Durante su atención en el hospital, fue atendido por un estudiante o practicante del área de la salud?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
10. ¿Antes de la atención se le informo, que estaría presente un estudiante o practicante del área de la salud?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
11. ¿Cómo le pareció la atención del practicante o estudiante?	Buena _____	Regular _____	Mala _____

Por favor escriba aquí sus SUGERENCIAS, serán tenidas en cuenta para mejorar nuestros servicios

---

---

---

---

Consecutivo \_\_\_\_\_