



**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIO
HOSPITALIZACIÓN**

Código: FT-SAU-002

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. ¿El tiempo de espera para ingresar a Hospitalización fue?						
2. ¿EL trato recibido por el personal que lo atendió en la institución fue?						
3. ¿La puntualidad en la atención fue?						
4. ¿Cómo califica la claridad de la información suministrada sobre las normas y horarios de visita durante su estadía en la institución?						
5. ¿La información que le brindó el profesional que lo atendió en cuanto a su diagnóstico y tratamiento fue?						
6. ¿Las condiciones de privacidad durante su atención fueron?						
7. ¿La discreción y confidencialidad del personal en su estancia en el hospital fue?						
8. ¿Cómo califica el orden, aseo y comodidad de las instalaciones físicas donde fue atendido?						
9. ¿El servicio de alimentación durante su estancia fue?						
10. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios que ha recibido en la institución?						

11. ¿Le dieron a conocer sus Derechos y Deberes como paciente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
12. ¿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 permanencia en el hospital, usted fue atendido por un estudiante o practicante del área de la salud?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
10. ¿Antes de su atención se le informó, 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 la atención del practicante o estudiante?	Buena _____	Regular _____	Mala _____

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

Consecutivo _____