

	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.	Código: FT-SIAU-001
		Versión: 002
		Fecha: 23/02/2026

Consecutivo _____ **Sede:** _____

FECHA		SERVICIO	
NOMBRE DEL ENCUESTADO		CELULAR	

Nota: El diligenciamiento de sus datos personales (Nombre y Celular) es opcional. Usted puede realizar esta encuesta de manera anónima; su opinión es lo más importante para mejorar nuestros servicios.

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 respetuoso y amable?						
3. ¿La puntualidad en la atención fue?						
4. ¿La atención recibida por parte del personal del hospital fue profesional y oportuna?						
5. ¿Cómo califica el orden y aseo de las instalaciones físicas donde fue atendido?						
6. ¿Le dieron a conocer sus Derechos y Deberes como paciente?				SI ☐	NO ☐	
7. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos utilizar los servicios de la institución?				Definitivamente SI		
				Probablemente SI		
				Definitivamente NO		
				Probablemente NO		
8. ¿Qué tan satisfecho se siente con el hospital La María?				No informa		
				Muy satisfecho		
				Satisfecho		
				Medianamente satisfecho		
				Poco Satisfecho		
9. ¿Durante su estancia en el hospital, usted fue atendido por un estudiante o prácticamente del área de la salud?				SI ☐	NO ☐	
10. ¿Antes de su atención se le informo, que estaría presente un estudiante o practicante del área de la salud?				SI ☐	NO ☐	
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:
