

**ASOCIACION DE USUARIOS
DE LA E.S.E. UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO**
Resolución No. 19.062 de 4 de febrero de 2.022
NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIOS
DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO

FECHA. _____

AREA. _____ NOMBRE DEL PACIENTE. _____

No. CC. ___ TI. ___ RC. ___ DIRECCION. _____ No. TELEFONO. _____

SEXO. ___ No. DE CAMA. ___ PISO. ___ EDAD. ___ FECHA DE INGRESO. _____

EPS EN LA QUE ESTA AFILIADO. _____ NIVEL DE SATSFACCION DE SU E.P.S. _____

FECHA DE SALIDA. _____ TIEMPO DE PERMANENCIA. _____

NIVEL DE SATISFACCION. _____ QUEN SUMINISTRA LOS MEDICAMENTOS. _____

EL SUMINISTRO DEL MEDICAMENTO ES OPORTUNO. _____ QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA. _____

_____ CONCEPTO SOBRE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. _____ ES OPRTUNA. _____

CONCEPTO DEL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL MEDICO - ASISTNCIAL. _____

CONCEPTO DEL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE SEGURIDAD. _____

CONCEPTO DEL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL ADMINSTRATIVO. _____

RECIBE CHARLAS DE MOTIVACION. _____ QUIEN LAS IMPARTE. _____ EN QUE HORARIO. _____

RECIBE VISITAS. _____ No. DE PERSONAS POR DIA. ___ TIENE ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE. _____

CONDICIONES FISICAS DEL LUGAR. _____

INFORMACION COMPLEMENTARIA. _____

FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE

CC.

CEL. _____

FIRMA DEL ENCUESTADOR

CC.

CEL. _____

DIRECCION: CALLE 57 No. 23-100 Tel. 3309000 EXT. 5170

CORREO Asociacióndeusuariosesuniversitariaatl@hotmail.com