

ASOCIACION DE USUARIOS
DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS

SEDE. CACE MENTAL

DIRECCION. CARRERA 24 No. 53D-80 BARRANQUILLA

FECHA. _____ AREA DE DONSULTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). _____ C.C No. _____ TEL. _____

DIRECCION DE RESIDENCIA. _____ MUNICIPIO. _____ DEPARTAMENTO. _____

AFILIADO A E.P.S. _____ QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? _____ POR INICIATIVA PROPIA _____ RECOMENDACIÓN _____

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. _____ TIEMPO DE ESPERA. _____

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. _____

LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA ___ REGULAR. ___ MALA ___

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? _____

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? _____

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXELENTE ___ BUENO - ___ REGULAR ___ MALO ___

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXELENTE ___ BUENO ___ REGULAR ___ MALO _____

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? _____ SUGERENCIAS. _____

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. _____ CONCEPTO DEL TIEMPO. _____

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA _____ DUDOSA _____ PORQUE _____

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? _____ SUGERENCIAS _____

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

ASOCIACION DE USUARIOS
DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS

SEDE. CACE MENTAL

DIRECCION. CARRERA 24 No. 53D-80 BARRANQUILLA

FECHA. _____ AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). _____ C.C No. _____ TEL. _____

DIRECCION DE RESIDENCIA. _____ MUNICIPIO. _____ DEPARTAMENTO. _____

AFILIADO A E.P.S. _____ QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR _____

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? _____ POR INICIATIVA PROPIA _____ RECOMENDACIÓN _____

TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. _____ TIEMPO DE ESPERA. _____

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. _____

LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA ___ REGULAR. ___ MALA ___

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? _____

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? _____

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXELENTE ___ BUENO - ___ REGULAR ___ MALO ___

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXELENTE ___ BUENO ___ REGULAR ___ MALO ___

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? _____ SUGERENCIAS. _____

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. _____ CONCEPTO DEL TIEMPO. _____

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFATORIA _____ DUDOSA _____ PORQUE _____

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? _____ SUGERENCIAS _____

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A).