

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. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

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. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. \_\_\_\_\_ AREA DE URGENCIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL USUARIO(A). \_\_\_\_\_ C.C No. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

DIRECCION DE RESIDENCIA. \_\_\_\_\_ MUNICIPIO. \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO. \_\_\_\_\_

AFLIADO 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).