

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. CACEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-01-2024 AREA HOSPITALIZACION: Ata: Complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A). Francisco Quiles C.C.No. 6112929 TEL. 3044519468 No. CAMA \_\_\_\_\_

DIRECCION DE RESIDENCIA. \_\_\_\_\_ MUNICIPIO. Valle de Parí DEPARTAMENTO. Cesar

AFILIADO A E.P.S. Coo Salud QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Remision

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA \_\_\_\_\_ RECOMENDACION Recomendación

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Medioto

LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA X REGULAR. \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_ SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO \_\_\_\_\_

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Documentos QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. Regular

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Bueno BUENO X BUENO - \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO X REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO X REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO X REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE el portero

RECIBE CARLA DE MOTIVACION SI QUIEN LAS IMPARTE. el medico A QUE HORA Don bus

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. 1 Ronolas CONCEPTO DEL TIEMPO. \_\_\_\_\_

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA X DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? Institucion

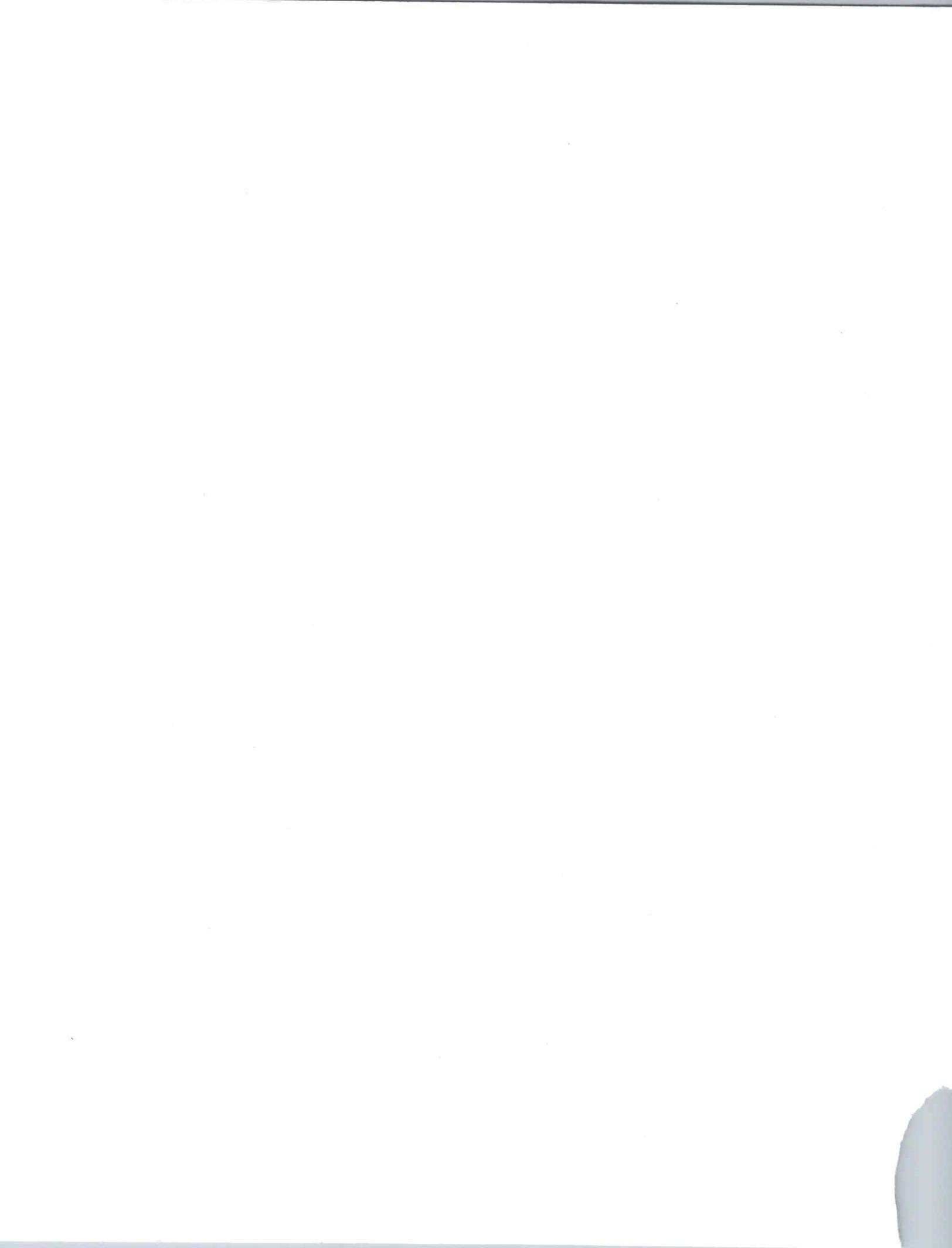
¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SI SUGERENCIAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Oliver B Jones

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: CACEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No.79B-50 BARRANQUILLA

FECHA: 02/01/24 AREA HOSPITALIZACION: LA 500 (B) Atta Complejidad  
NOMBRE DEL USUARIO(A): Rubel Delgado Salvador SODIAS Urbano  
DIRECCION DE RESIDENCIA: Bombas de Agua C.C No. 7727403 TEL. 3009992469 NO. CAMA 634  
AFILIADO A E.P.S. Prohivise MUNICIPIO: BARRANQUILLA DEPARTAMENTO: PUERTO RICO  
QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR \_\_\_\_\_

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? Si POR INICIATIVA PROPIA Si RECOMENDACION Ninguno  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION: Bien TIEMPO DE ESPERA. 0 POSTURA  
QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Ninguno  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA X REGULAR. MALA SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO BUENO  
¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Presure NI DOCUMENTO (Salvo Conducto)  
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Excelente QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. \_\_\_\_\_  
EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE BUENO - X REGULAR MALO \_\_\_\_\_  
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE BUENO X REGULAR MALO \_\_\_\_\_  
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE X BUENO REGULAR MALO \_\_\_\_\_  
¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? Si TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE NO \_\_\_\_\_  
RECIBE CARLA DE MOTIVACION Si QUIEN LAS IMPARTE Parte Usario A QUE HORA EN LA MAÑANA  
CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. Ninguno TIENE CONCEPTO DEL TIEMPO. TODO EL DIA  
LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA Si DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_  
¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? LA INSTITUCION  
¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? Si SUGERENCIAS \_\_\_\_\_

AMRi  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)  
Dr. Ricardo Morales  
Doc 87235888  
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: 02/01/24 AREA DE CONSULTA EXTERNA: 1500 (B) Alta Complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A): Verde Escobar C.C No. 8353710 TEL. 3002241113

DIRECCION DE RESIDENCIA: PARA 12 NO 3742 MUNICIPIO. SABAHO DEPARTAMENTO. ATLANTICO

AFLIADO A E.P.S. CAJICORA QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. \_\_\_\_\_

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? SI POR INICIATIVA PROPIA SI RECOMENDACION NINGUNA

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. REMITIDO = NINGUNO

LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA X REGULAR. \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? PRESENTE EL DOCUMENTO DE MI PASA

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? POCOAS ASISTAS

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE X BUENO - \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR X MALO \_\_\_\_\_

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI SUGERENCIAS. NINGUNA

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. OPERATIVO CONCEPTO DEL TIEMPO. \_\_\_\_\_

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA SI DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SI SUGERENCIAS NINGUNA =

X JULIS REYES  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)  
32866602

\_\_\_\_\_  
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 USUARIOS  
SEDE: CACEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No.79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 02/01/24 AREA HOSPITALIZACION: LABO (B) Alta Complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A). MILIBERTO HERRERA O. C.C NO. 1042425980 TEL. 3013255224 No. CAMA 028-1

DIRECCION DE RESIDENCIA. QUESCUNTA 14-03 MUNICIPIO. BIEDAD DEPARTAMENTO. ATLANTICO

AFILIADO A E.P.S. Cyscopic QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR \_\_\_\_\_

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA SI RECOMENDACION NINGUNO

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. NINGUNO SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO \_\_\_\_\_

LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA X REGULAR. NINGUNO MALA \_\_\_\_\_

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? RESERVA EL PROCEDIMIENTO

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? BUENO QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. \_\_\_\_\_

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE X BUENO - \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE X BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE X BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE SI

RECIBE CARLA DE MOTIVACION SI QUIEN LAS IMPARTE. TOPOS MEDICOS A QUE HORA CONSTANTEMENTE

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. TOPO EL TIEMPO CONCEPTO DEL TIEMPO. BUENO

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA X DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? NO EXISTE

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? X SUGERENCIAS NO EXISTEN RESULTOS

Por no existir.

X David Ferrer L.

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

X 1092.925.980.

Jairo Alvarez  
042255880

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 USUARIOS

SEDE. CACEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 01/02/24 AREA HOSPITALIZACION: USO (B) Alta Complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A). Quirino Gomez C.C.No. 72-243-766 TEL. 3164062972 NO. CAMA 312  
DIRECCION DE RESIDENCIA. Galapa MUNICIPIO. Galapa DEPARTAMENTO. ATLANTICO  
AFILIADO A E.P.S. Salud Total Guassubabo QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Redirido

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? si POR INICIATIVA PROPIA si RECOMENDACION NO  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. ninguno TIEMPO DE ESPERA. ninguno

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. ninguno  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA X REGULAR.   MALA   SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? presente al doctor  
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? BUENO QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. BUENA

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE X BUENO   REGULAR   MALO    
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES: EXLENTE X BUENO   REGULAR   MALO

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE   BUENO X REGULAR   MALO    
¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? si TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE

RECIBE CARLA DE MOTIVACION si QUIEN LAS IMPARTE. Medicos y enfermeras A QUE HORA EN LAS PLUMAS  
CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. siempre CONCEPTO DEL TIEMPO. OPORTUNA

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SAUD ES SATISFACTORIA X DUDOSA   PORQUE    
¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? la Institucion

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

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)  
X Chalixto Gomez  
772 243 766

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)  
José Ricardo Morales N  
8723 58815

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUARIOS  
SEDE. CACEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA: 01/02/24 AREA HOSPITALIZACION: UNOD (R) Alfa Complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A): José Carlos Cordero C.C. No. 92267473 TEL. 3104449045 No. CAMA 631  
DIRECCION DE RESIDENCIA: CALLE 3 NO 3B-55 MUNICIPIO: Las Américas DEPARTAMENTO: Atlántico  
AFILIADO A E.P.S.: Opacopi QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR: Remido del Puerto

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? Si POR INICIATIVA PROPIA Si RECOMENDACION Ninguna  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. Opotuvo TIEMPO DE ESPERA. Opotuvo

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Ninguno  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA X REGULAR. \_\_\_\_\_ MALA. \_\_\_\_\_ SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO \_\_\_\_\_  
¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Si Documento QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE: Regular

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Buena QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE: Regular  
EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE X BUENO. \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO X REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO X REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? X TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE \_\_\_\_\_  
RECIBE CARLA DE MOTIVACION Si QUIEN LAS IMPARTE Enfermeras A QUE HORA Almuerzo  
CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. Todo el dia CONCEPTO DEL TIEMPO. Todo el dia  
LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA Bien DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? La Institucion  
¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? Si SUGERENCIAS \_\_\_\_\_

José Cordero  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)  
X32267423

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADORA(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. CAPEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 02/01/21 AREA HOSPITALIZACION: LABO B. Alta Complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A) Enrique Quinto Rendon C.C. No. 3760.526 TEL. 3225659651 No. CAMA 632  
DIRECCION DE RESIDENCIA 13 No 16-30 MUNICIPIO. POVEDRA DEPARTAMENTO. ATLANTICO  
AFILIADO A E.P.S. COOSALUD. QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR REUTILIZO

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA SI RECOMENDACION REUTILIZO  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. Recesado TIEMPO DE ESPERA. OPORTUNO  
QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. REUTILIZO SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARSE EN EL HOSPITAL ES: BUENA X REGULAR. \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_  
¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Reserva de consulta  
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Regular QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE Regular  
EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO X REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO X REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE \_\_\_\_\_  
RECIBE CARLA DE MOTIVACION SI QUIEN LAS IMPARTE. EL MEDICO A QUE HORA hora de la tarde  
CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. TODAS LAS VECES CONCEPTO DEL TIEMPO. \_\_\_\_\_  
LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA X DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_  
¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? La Institucion. Pero con el paciente que todas las cosas no lo hacen  
¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? X SUGERENCIAS \_\_\_\_\_

Olaya Castillo  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)  
22612776

Francisco Daniel Hernandez  
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. 9015664599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUARIOS

SEDE. CACE MENTAL

DIRECCION. CARRERA 24 No. 53D-80 BARRANQUILLA

Proy y Graua 408

FECHA. 02/01/24 AREA DE CONSULTA EXTERNA: Alta Complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A). Jurancy Maestre H.

DIRECCION DE RESIDENCIA. Gezors N° 14-231

MUNICIPIO. Ponedore

DEPARTAMENTO. Atico

AFLIADO A E.P.S. COOSALUD

QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Remitido

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? Si POR INICIATIVA PROPIA Si RECOMENDACION Urcoula

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Vue Realizado

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Prescrite de Docuemento

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? PAVAL (BETA)

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE MALO - X REGULAR MALO

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES: EXLENTE MALO BUENO X REGULAR MALO

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? X SUGERENCIAS. NOTA

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. Time blaf por CONCEPTO DEL TIEMPO. La Escucha solo se la estan haciendo hoy. CUS 12/4

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA X DUDOSA MALO PORQUE NOTA

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBER? X SUGERENCIAS NOTA

Jurancy Maestre Hernandez  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

1041893656

Proy y Graua  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

Nota: He calificado de la paciente para fiestas en la comunidad por la salud en la ecogretria para su salud con el apoyo de la comunidad.

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. CACEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. Feb 2024 AREA HOSPITALIZACION: Alta Complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A). Marisol Ayala C.C.No. 108061175 TEL. 3207526769 No. CAMA 602

DIRECCION DE RESIDENCIA. Acad 1645 MUNICIPIO. Sabana Grande DEPARTAMENTO. Dilantico

AFLIADO A E.P.S. MUTAR SEI QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR \_\_\_\_\_

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA \_\_\_\_\_ RECOMENDACION Hospita / Sabana Grande  
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 \_\_\_\_\_ SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO Buena

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? \_\_\_\_\_  
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Regular QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. regular

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE SI

RECIBE CARLA DE MOTIVACION \_\_\_\_\_ QUIEN LAS IMPARTE: \_\_\_\_\_ A QUE HORA \_\_\_\_\_  
CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. \_\_\_\_\_ CONCEPTO DEL TIEMPO. \_\_\_\_\_  
LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA \_\_\_\_\_ DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? Hospital y Familiares

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

Marisol Ayala  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Alfredo Costar  
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 USUARIOS

SEDE. CACEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No.79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 10 de 2024 AREA HOSPITALIZACION: Ata complementaria

NOMBRE DEL USUARIO(A). José DNT 9da C.C.No. 81205128 TEL. 3045054280 No. CAMA 621-2

DIRECCION DE RESIDENCIA. CHATO, PALMA MUNICIPIO. Palma DEPARTAMENTO. Atlántico

AFLIADO A E.P.S. Caja Coste QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Palma Varela

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? 3 POR INICIATIVA PROPIA SI RECOMENDACION NO  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. 2 día TIEMPO DE ESPERA. dos días

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. \_\_\_\_\_  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_ SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO \_\_\_\_\_

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? \_\_\_\_\_  
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Bueno QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. Bueno

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? \_\_\_\_\_ TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE SI  
RECIBE CARLA DE MOTIVACION SI QUIEN LAS IMPARTE. \_\_\_\_\_ A QUE HORA \_\_\_\_\_

CADA CUANTO TIEMPO LO REvisa EL MEDICO DE TURNO. \_\_\_\_\_ CONCEPTO DEL TIEMPO. \_\_\_\_\_  
LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA SI DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? Hospital

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SI 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. 9015664599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUARIOS  
SEDE: CACEPEDIATRICO  
DIRECCION. CARRERA 75 No.79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 1 Febrero 2024 AREA HOSPITALIZACION: Alta complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A). Alida Veloz CC No. 47062207 TEL. 300 2268404 No. CAMA 6.12  
DIRECCION DE RESIDENCIA. R. 27. 456.15 MUNICIPIO. Barranquilla DEPARTAMENTO. Atlántico  
AFILIADO A E.P.S. Asseguradora Gorbicom QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Abarancá

?ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA Propiá RECOMENDACION Asseguradora Gorbicom  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. Enseguida TIEMPO DE ESPERA. Enseguida

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. \_\_\_\_\_ REGULAR. \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_ SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO \_\_\_\_\_  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA \_\_\_\_\_ REGULAR. \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_ SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO \_\_\_\_\_

?QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Asesoramiento QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. \_\_\_\_\_  
EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO - \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

?QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
?QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
?SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE SI \_\_\_\_\_  
RECIBE CARLA DE MOTIVACION SI QUIEN LAS IMPARTE. \_\_\_\_\_ A QUE HORA \_\_\_\_\_

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISAS EL MEDICO DE TURNO. Medico Aliverto CONCEPTO DEL TIEMPO. \_\_\_\_\_  
LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA \_\_\_\_\_ DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

?QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? Hospital  
?ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SI SUGERENCIAS \_\_\_\_\_

Alida Veloz  
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. CAPECEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No.79B-50 BARRANQUILLA

FECHA 01-02-2024 AREA HOSPITALIZACION: Atto Complementaria

NOMBRE DEL USUARIO(A): Jaimé Jimenez Y C.C.No. 3748605 TEL. 324958687 No. CAMA 618

DIRECCION DE RESIDENCIA: ell. 10/14-60 MUNICIPIO. Hanafi DEPARTAMENTO. Atlantico

AFILADO A E.P.S. Coorsalud QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR ambulancia

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA RECOMENDACION Demision  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. TIEMPO DE ESPERA.

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITO DE CONSULTA. REGULAR. MALA SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA REGULAR.

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? BUENO QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. BUENO  
EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE BUENO BUENO X REGULAR MALO

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES: EXLENTE BUENO BUENO X REGULAR MALO X  
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE BUENO BUENO X REGULAR MALO

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE SI  
RECIBE CARLA DE MOTIVACION No QUIEN LAS IMPARTE. A QUE HORA

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. No se ha presentado CONCEPTO DEL TIEMPO. DUDOSA X PORQUE El especialista no ha llegado

¿QUE INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA DUDOSA X PORQUE El especialista no ha llegado

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? Hospital y personal.

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SUGERENCIAS no es clara porque el especialista no llega

Se han hecho dos operaciones pero no ha llegado el urologo, luego el día 31  
de febrero a las 11:00 AM se ha retirado el medico  
astambul programado para la Bonadama

Valdin Vaniega Jimenez  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)  
1042998029

[Signature]  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A).

Enfermera con jefe - 6° piso Lado 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 USUARIOS

SEDE. CACEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No.79B-50 BARRANQUILLA

Lado B 6° piso  
Hilbert Escanci

3 Auxiliares  
2 enfermeras

FECHA. Febrero 1° 2024 AREA HOSPITALIZACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL USUARIO(A). Katherine Hervas C.C No. 1045715385 TEL. 3013558238 No. CAMA 617  
DIRECCION DE RESIDENCIA Car. 2466-12 MUNICIPIO. Boguita DEPARTAMENTO. Atlántico  
AFILIADO A E.P. Segafepi QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Auxiliar

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? Segunda POR INICIATIVA PROPIA \_\_\_\_\_ RECOMENDACION Permitida  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. \_\_\_\_\_ TIEMPO DE ESPERA. inmediato

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Hospitalización  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA  REGULAR. \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_ SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO \_\_\_\_\_

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? \_\_\_\_\_  
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Buena QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. Buena

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE  BUENO - \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE  BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO  REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE \_\_\_\_\_

RECIBE CARLA DE MOTIVACION No QUIEN LAS IMPARTE. \_\_\_\_\_ A QUE HORA \_\_\_\_\_  
CADA CUANTO TIEMPO LO REVISAS EL MEDICO DE TURNO. 3 veces CONCEPTO DEL TIEMPO. \_\_\_\_\_  
LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA SI DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? Personal y Hospital

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SI SUGERENCIAS \_\_\_\_\_

Un auxiliar clinico coluro que es grosero.

Katherine M.V.  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A).

1045715385

*Dr. Rafael Alcala*  
*pediatra*

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. 1-02-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Alta complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A). Juan Pablo Nietos Pelaez C.C NO. \_\_\_\_\_ I.T.L. \_\_\_\_\_

DIRECCION DE RESIDENCIA. Cl. 9 # 5-27 Marimunpio, Zonederos DEPARTAMENTO. Atlantico

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: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO - \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE \_\_\_\_\_ 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. 15-2-2024 NOVA DE CONSULTA EXTERNA: 11to complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A). Alis Bohague Cobi C.C No. 1193235062 TEL. 3012855317

DIRECCION DE RESIDENCIA. 529B Fy-S7 MUNICIPIO. Helambu DEPARTAMENTO. Atl.

AFLIADO A E.P.S. COOSALUD QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. América

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? SI POR INICIATIVA PROPIA RECOMENDACION Permisión

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. TIEMPO DE ESPERA. 30 minutos

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. ninguno

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? En entrega de documentos

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Buena

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

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES: EXLENTE  BUENO  REGULAR  MALO

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI SUGERENCIAS. no me los respetan oportunamente

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. 30 minutos CONCEPTO DEL TIEMPO. Buena

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

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? NO SUGERENCIAS

*Atmencion es regular la hora tarde.*

*Alis B.*  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

*[Signature]*  
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 USUARIOS

SEDE. CACE MENTAL

DIRECCION. CARRERA 24 No. 53D-80 BARRANQUILLA

FECHA. 1-02-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Alta complejidad 304 300 8543

NOMBRE DEL USUARIO(A) Sandra Patricia Gonzalez C.C No 322611242 TEL. 300304

DIRECCION DE RESIDENCIA elli 9 19.28 MUNICIPIO. Palermo DEPARTAMENTO. Atlantico

AFILIADO A E.P.S. Palmed Ser QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. AmEulancia

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? Umas POR INICIATIVA PROPIA X RECOMENDACION X

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. ninguno TIEMPO DE ESPERA. 15 minutos

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. ninguno

LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA X REGULAR. \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? ninguno

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Buena

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO - X REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO X REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI SUGERENCIAS. \_\_\_\_\_

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. \_\_\_\_\_ CONCEPTO DEL TIEMPO. \_\_\_\_\_

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA SI DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SI SUGERENCIAS \_\_\_\_\_

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

FIRMA DEL(A) ENCUESTADORA(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 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 05/02/2024 AREA HOSPITALIZACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL USUARIO(A) Yenia Virellis Lopez Gomez c.c.no. TEL. 3106834414 No. CAMA UCI  
DIRECCION DE RESIDENCIA CIUDAD DE BOGOTA MUNICIPIO: EL PROGRESO DEPARTAMENTO. BOGOTA  
AFILIADO A E.P.S. COOPAKUD BOGOTA QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO. BOGOTA  
DEPARTAMENTO DE PIAO A ESTIVADO (WAG)

?ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA SI RECOMENDACION Remo todos  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. Regular TIEMPO DE ESPERA. En que necesario para hacer toda la atencion

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Resulta Ningun  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: Buena REGULAR. MALA su concepto sobre el aso  
?QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? vine de estacion de piao a estivado a barranquilla

?QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Buena QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE: \_\_\_\_\_

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE BUENO -  REGULAR  MALO \_\_\_\_\_

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES: EXLENTE BUENO  REGULAR MALO \_\_\_\_\_

?QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE BUENO  REGULAR MALO \_\_\_\_\_

?SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? si TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE \_\_\_\_\_

RECIBE CARLA DE MOTIVACION NO QUIEN LAS IMPARTE. \_\_\_\_\_ A QUE HORA \_\_\_\_\_

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. En la mañana CONCEPTO DEL TIEMPO. \_\_\_\_\_

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA si DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

?QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? LA FARMACIA

?ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? si SUGERENCIAS \_\_\_\_\_

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)  
X 55552 053 (Nobel Alamo)

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)  
Chris David Forster Perez

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. CAPEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No.79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 01-02-2024 AREA HOSPITALIZACION: Alta complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A). Victor Baez Ferreira C.C No. 3988512 TEL. \_\_\_\_\_ No. CAMA 619-1

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

AFLIADO A E.P.S. Unidad Sur QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR ambulancia

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA \_\_\_\_\_ RECOMENDACION revisión  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. \_\_\_\_\_ TIEMPO DE ESPERA. inmediato

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. \_\_\_\_\_

LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA \_\_\_\_\_ REGULAR. \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_ SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO \_\_\_\_\_

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? \_\_\_\_\_

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Buena QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. Buena

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO -X \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO X \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO X \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE SI

RECIBE CARLA DE MOTIVACION NO QUIEN LAS IMPARTE. \_\_\_\_\_ A QUE HORA \_\_\_\_\_

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISAS EL MEDICO DE TURNO. 3 veces al día CONCEPTO DEL TIEMPO. Buena

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA SI DUDOSA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? Hospital y familiares

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SI 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. CACEPEDIATRICO  
DIRECCION. CARRERA 75 No.79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 01-02-24 AREA HOSPITALIZACION: 6 PISO 1100 Alta complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A) ANA D. ILLA MARTINEZ No. 1193574031 TEL. 3113837502 No. CAMA 602  
DIRECCION DE RESIDENCIA CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA MUNICIPIO. SOLERAO DEPARTAMENTO. ATLANTICO  
AFILIADO A E.P.S. COOSALUD QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR REMITA JUNO DOMINGUEZ

?ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? 2 POR INICIATIVA PROPIA RECURRIDA  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. 7 DIAS SIN OPERAR  
TIEMPO DE ESPERA. SOLICITO SALIDA VOLUNTARIA

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. SOLICITO SALIDA VOLUNTARIA  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA REGULAR X MALA \_\_\_\_\_ SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO Bueno

?QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? REMITIDA JUNO DOMINGUEZ DOMINGUEZ  
?QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? MALO QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. Regular

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ BUENO X REGULAR \_\_\_\_\_ MALO X  
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO X

?QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO X  
?SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? Si TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE \_\_\_\_\_

RECIBE CARLA DE MOTIVACION NO QUIEN LAS IMPARTE. A QUE HORA \_\_\_\_\_  
CADA CUANTO TIEMPO LO REVISAS EL MEDICO DE TURNO. 2 dos veces CONCEPTO DEL TIEMPO. el 7 dias

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA \_\_\_\_\_ DUDOSA X PORQUE \_\_\_\_\_  
?QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? Enfermeria qce

?ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? NO SUGERENCIAS \_\_\_\_\_

ANA 7 DIAS HOSPITALIZADA el resto de la visita DOS veces  
SOLICITO SALIDA VOLUNTARIA

Ana Hiliana V. M. P.  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Adrian Cabero  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A).

1050 A 6 piso 6

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 USUARIOS

SEDE: CACEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA 01. 20 24 AREA HOSPITALIZACION: ALTA COMPLESION

NOMBRE DEL USUARIO(A). Dieida Moreno CC No. 39018383 TEL 3113741080 NO. CAMA 1400 60150  
DIRECCION DE RESIDENCIA El Pinar MUNICIPIO Buco DEPARTAMENTO MAGDALENA  
AFILIADO A E.P.S. Capital Salud QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Remiti DA

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA R RECOMENDACION Remiti DA  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. 1 hora TIEMPO DE ESPERA. 15 minutos

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Ninguno  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA X REGULAR. 0 MALA 0 SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO Buena

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Remiti DA Buco MAGDALENA  
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Buena QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE: Buena

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE X BUENO 0 REGULAR 0 MALO 0  
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES: EXLENTE X BUENO 0 REGULAR 0 MALO 0

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE X BUENO 0 REGULAR 0 MALO 0  
¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? 0 TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE SI

RECIBE CARLA DE MOTIVACION SI QUIEN LAS IMPARTE Enfermera y doctor  
CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO manana CONCEPTO DEL TIEMPO. 15 minutos  
LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA SI DUDOSA 0 PORQUE 0

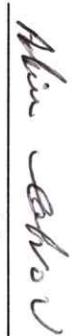
¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? Enfermera y ella

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SI SUGERENCIAS 0

\_\_\_\_\_

  
Dieida Moreno

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)  
39.018383

  
Alin Bravo

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 USUARIOS  
SEDE. CAPEPEDIATRICO - AZTA COMPLEJIDAD  
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 01-02-24 AREA HOSPITALIZACION: 6 piso 100 A

NOMBRE DEL USUARIO(A) JOSÉ PONTALVO C.C.No. 1047349255 TEL 3002677742 No. CAMA 616  
DIRECCION DE RESIDENCIA Calle 6-39 MUNICIPIO VALPARAÍSO DEPARTAMENTO. Atlántico  
AFILIADO A E.P.S. NUEVA EPS QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Remitido por el médico de guardia

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA NO RECOMENDACION De familia  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. - TIEMPO DE ESPERA. VELOCIDAD

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. NINGUNO  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA X REGULAR. - MALA - SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO Bueno  
¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? RAPIDO

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Bueno QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. Bueno  
EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE - BUENO X REGULAR - MALO -  
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES: EXLENTE - BUENO - REGULAR - MALO X

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE - BUENO X REGULAR - MALO -  
¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE SI - MALO -  
RECIBE CARLA DE MOTIVACION NO QUIEN LAS IMPARTE: NO A QUE HORA NO

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. MAÑANA CONCEPTO DEL TIEMPO. Y TARDOS  
LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA - DUDOSA X PORQUE NO SE Satisfacer

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? ENfermera jefe

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? NO SUGERENCIAS NO

Informes por parte del medico

José Pontalvo  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Alvin Cabro V  
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. CACEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

ALTA COMPLEJIDAD

FECHA. 01-02-24 AREA HOSPITALIZACION: 6 PISO MODA ALTA COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL USUARIO(A): Jair Enrique C.C.No. 1046267993 TEB 215366304 NO. CAMA 611

DIRECCION DE RESIDENCIA: Barrio del silencio MUNICIPIO: ROTUNDE DEPARTAMENTO: ARRAUITO

AFILIADO A E.P.S. MODA E.P.S. QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Remitido Hospital Polo

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? + POR INICIATIVA PROPIA NO RECOMENDACION Remitido  
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. TIEMPO DE ESPERA Remitido Polo Asamblea

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Remitido Sabana Moda A Barranquilla  
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA + REGULAR. MALA + SU CONCEPTO SOBRE EL ASEO Buena

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Remitido URGENCIA  
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Buena QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. Buena

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE + BUENO + REGULAR + MALO +  
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE + BUENO + REGULAR + MALO +

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA? EXLENTE + BUENO + REGULAR + MALO +  
¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE SI

RECIBE CARLA DE MOTIVACION SI QUIEN LAS IMPARTE: Enferme MODA QUE HORA MAñana y tarde  
CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO MODA URGENCIA CONCEPTO DEL TIEMPO. 15 minutos

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

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA para enfermeria

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

Y. Qui Garcia

Alina Abon

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 USUARIOS  
SEDE. CACE MENTAL  
DIRECCION. CARRERA 24 No. 53D-80 BARRANCO

FECHA. 1 Feb 2024 AREA DE CONSULTA EXTERNA: Ata Complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A). Rosa Quinto MUNICIPIO. C.C No. 7130530 DEPARTAMENTO. Distrito

DIRECCION DE RESIDENCIA. Alfaro QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Distrito

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? 2 POR INICIATIVA PROPIA 51 RECOMENDACIÓN 120

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: EXLENTE BUENO REGULAR MALO

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES: EXLENTE 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 \_\_\_\_\_

Rosa Quinto  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Wilfredo Costar  
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 USUARIOS

SEDE. CACE MENTAL

DIRECCION. CARRERA 24 No. 53D-80 BARRANQUILLA

FECHA. 1 Febrero 2024 AREA DE CONSULTA EXTERNA:

Alta Complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A). Milena Ospino Parra C.C No. 2043840929

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

AFLIADO A E.P.S. Cosantia QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Remitienda

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? 1 Ve POR INICIATIVA PROPIA SI RECOMENDACION NO

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? Bueno

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE \_\_\_\_\_ BUENO- \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXLENTE \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Milena Ospino Parra  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Milberto Costa  
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 USUARIOS  
SEDE: CACE MENTAL  
DIRECCION. CARRERA 24 No. 53D-80 BARRANQUILLA

FECHA. 1 Febrero 2024 AREA DE CONSULTA EXTERNA: Alta Complejidad

NOMBRE DEL USUARIO(A). Jennifer Santana C.C No. 5015889 TEL. 3116187903

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 SI RECOMENDACION No

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? Regular

?QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Regular

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 \_\_\_\_\_

Jennifer Santana  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Wilfredo Ostar E.  
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)