

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 PEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-01-2024 AREA DE URGENCIA: 1

NOMBRE DEL USUARIO(A). Ana Isabel Alvarez C.C.No. 1049241819. TEL. _____
DIRECCION DE RESIDENCIA. _____ MUNICIPIO. Bojota DEPARTAMENTO. Atlantico
AFILIADO A E.P.S. Neuva EPS. QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR _____
Pemicon

?ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? POR INICIATIVA PROPIA _____ RECOMENDACION Pemicon
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. _____ TIEMPO DE ESPERA. 6 Horas.

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Demora 4 hrs.
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA _____ REGULAR. MALA _____

?QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Documentos.
?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 No han dado diagnsticos
?ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? _____ SUGERENCIAS _____

X Ana Raos
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Alan Rojas
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 PEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30. 01-2024 AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Andres Feguen CCNO. 104137959 TEL. _____

DIRECCION DE RESIDENCIA. _____ MUNICIPIO. Barrano DEPARTAMENTO. Atlantico

AFLIADO A E.P.S. Futuro ser QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Ambulancia

?ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? POR INICIATIVA PROPIA _____ RECOMENDACION _____

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. quedo espere.

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

?QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Presento documento.

?QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? mala.

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. _____

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

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA _____ DUDOSA PORQUE No ha sido atendido como deberia

?ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? No SUGERENCIAS No en dudas resultado.

[Firma]
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

[Firma]
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 PEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No.79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-01-2024 AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). WDM APYOLA C.C.No. 1044343255 TEL. 304 218 55 33
DIRECCION DE RESIDENCIA. San Jose MUNICIPIO. Juan de Acosta DEPARTAMENTO. _____
AFILIADO A E.P.S. Cosalupo QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Remitido

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? _____ POR INICIATIVA PROPIA RECOMENDACIÓN Remitido.
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. _____ TIEMPO DE ESPERA. 1 Hora
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? Presenar Documentos
¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Buena

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. 15 mts. 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 _____

Elva Elva Blum
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Esther Villanueva E.
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 USUARIOS

SEDE. CACE PEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-01-2024 AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Maire Rodriguez CC.No. 1240298870 TEL. 3015928150

DIRECCION DE RESIDENCIA. Cl 86 #15A-138 MUNICIPIO. Remisón DEPARTAMENTO. Atlántico

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

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? X POR INICIATIVA PROPIA _____ TIEMPO DE ESPERA. Inmediato

TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. _____ QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Remisión. atención Inmediata

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Documentos

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Bueno

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXELENTE _____ BUENO X REGULAR _____ MALO _____

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

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? Si SUGERENCIAS. Ninguna

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

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

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

Fabiana Lopez
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Oliver Blum
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 PEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-04-2024 AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). SKER David Puerto C.C.No. 1048336931 TEL. _____

DIRECCION DE RESIDENCIA. Kd 30 #48-02 MUNICIPIO. Barroquero DEPARTAMENTO. Ahuachanan

AFILIADO A E.P.S. Caja Capi QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR como taxi

?ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? No POR INICIATIVA PROPIA RECOMENDACION _____

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

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? Presente Documento

?QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Buenos

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? Si SUGERENCIAS. _____

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. Inmediato 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? Si SUGERENCIAS _____

[Firma]
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

[Firma]
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 USUARIOS
SEDE: CACE PEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-04-2024 AREA DE URGENCIA: Urgencias

NOMBRE DEL USUARIO(A). Samuel David Bolívar C.C.No. 1044224924 TEL. 3019112223
DIRECCION DE RESIDENCIA. Km 90 #109 A 81 MUNICIPIO. Barranquilla DEPARTAMENTO. Atlántico
AFILIADO A E.P.S. Cesja cpi QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Taxi

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? 1 POR INICIATIVA PROPIA 1 RECOMENDACION _____

TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. Rápido TIEMPO DE ESPERA. ✓

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? Documentos

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Bueno BUENO _____ REGULAR _____ MALO _____

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 _____

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

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. 45 mts CONCEPTO DEL TIEMPO. Regular

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

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? X SUGERENCIAS No hay cosas por mejorar

Devaris Fou J.
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Juan BlB lu Bl
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 PEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No.79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-01-2024 AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A) Esteban Montenegro C.C No. 1085109776 TEL. 3105366160
DIRECCION DE RESIDENCIA Calle 129 550r-29 MUNICIPIO. Matamoras DEPARTAMENTO. Atlantico
AFILIADO A E.P.S. Boosaud QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Bomboneros

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? 2da vez POR INICIATIVA PROPIA _____ RECOMENDACION Remitida
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. _____ TIEMPO DE ESPERA. medio hora

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Entrega de documentos
¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? _____

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXELENTE _____ BUENO - _____ REGULAR X MALO _____
EL TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO ES. EXELENTE _____ BUENO X REGULAR _____ MALO _____

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI SUGERENCIAS. Recibido un buen trato
TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. _____ CONCEPTO DEL TIEMPO. inmediato

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 _____

Esteban Montenegro
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
1085109776

[Firma]
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 PEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-01-2024 AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Danna Noriega P C.C.No. 1044436625 TEL. 3013439868

DIRECCION DE RESIDENCIA. K 750c # 20-45 MUNICIPIO. Puerto Colombia DEPARTAMENTO. Atlantico

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

?ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA _____ RECOMENDACION Semifida

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

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? Hizo registro de documentos

?QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Buena

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? SI SUGERENCIAS. _____

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

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 _____

Danna Noriega

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

6387874

[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 PEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No.79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. _____ AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Yancy Sofía Rodríguez C.No. 102528444 TEL. 3215780510
DIRECCION DE RESIDENCIA 824109.38 MUNICIPIO. Barranquilla DEPARTAMENTO. Atlántico
AFILIADO A E.P.S. Neón EPS QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Taxi

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

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

¿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? Entrega de documentos

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? 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 _____

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI SUGERENCIAS. Hemos recibido un buen trato

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 _____

1063145659
Yancy Rodríguez P.
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 PEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA 30-01-2024 AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Juan Jose Guejulas C.C No. 104724464 TEL. 3002091430
DIRECCION DE RESIDENCIA. Alto de la Silla MUNICIPIO. Coloipa DEPARTAMENTO. Atlántico
AFILIADO A E.P.S. Unidad Ser QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Amolancia. Espera. 12 horas de espera

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. ninguno

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Entrega de Documentos

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? _____

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

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

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

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. _____ CONCEPTO DEL TIEMPO. Hay demora en el suministro de medicamentos

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 _____

Solicitaron Analadoves a las 2:00PM y lo entregaron a las 5:30PM

NEA145 U114 1002245378

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

[Firma]

Egino Teheran "Auxiliar"

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 PEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-01-2024 AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Sury de la Hoz C.C.No. 1043457164 TEL. 3022501505
DIRECCION DE RESIDENCIA. 411111-33 MUNICIPIO. Sabanagrande DEPARTAMENTO. Atlantico
AFILIADO A E.P.S. Familiana QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Ambulancia

?ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI 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. Demora de la ambulancia

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

?QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Entrega de documentos y entrega de informacion

?QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Buena

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? SI SUGERENCIAS. Demora en la entrega de resultados

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. inmediata CONCEPTO DEL TIEMPO. Normal

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 Falta de equipo para Rx de manera oportuna en horas de la noche

[Handwritten signature]

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A) -
CC 31.446.084.950000

[Handwritten signature]

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A).

no Auxiliares 4: J día y noche. Q.P.S. deben dic. x Enero
Jefes - 2:

21 cama

María del Carmen González
Psiquiatra
Asociación de Usuarios
de la E.S.E. Universitaria del Atlántico

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
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA 30.01.2024 AREA HOSPITALIZACION: 10.01.2024

NOMBRE DEL USUARIO(A) Liliana Escobar C.C No. 108914549 TEL. No. CAMA 03
DIRECCION DE RESIDENCIA. MUNICIPIO. Barranquilla DEPARTAMENTO.
AFILIADO A E.P.S. QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? POR INICIATIVA PROPIA RECOMENDACION
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. TIEMPO DE ESPERA.
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? QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE.
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? BUENO. REGULAR MALO
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
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?
¿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 USUARIOS
SEDE. CAPEPEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-01-2024 AREA HOSPITALIZACION: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Jeomá Girones C.C.No. 1.044635893 TEL. 311876161 No. CAMA _____
DIRECCION DE RESIDENCIA. Km 9 D # 80-31 MUNICIPIO. Barranquilla DEPARTAMENTO. Atlántico
AFILIADO A E.P.S. Urea EPS. QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Cota Medico

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA _____ RECOMENDACION Recomiendo.

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

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 Excelente

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Documetos.

¿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 - _____ 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. Medicos A QUE HORA En sus rondas

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. Periodo cu cuando concepto del tiempo.

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

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? En sus habitaciones

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

Carla Pinar Blandin
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Olivero Blandin
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. 30-01-2024 AREA HOSPITALIZACION: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Isabella Rancor, C.C.No. 1146540929 TEL. _____ No. CAMA _____
DIRECCION DE RESIDENCIA. Q1114412-52 MUNICIPIO. Bolepa DEPARTAMENTO. Atlantico
AFILIADO A E.P.S. furnisonar QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Ambulancia

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

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Pres en todo Documento. QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. _____
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Buen REGULAR _____ MALO _____

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

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE SI
RECIBE CARLA DE MOTIVACION _____ QUIEN LAS IMPARTE. 87 Doctor. 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? Instituto
¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SI SUGERENCIAS _____

Sharon Pae
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Oliver Blues
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

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-01-2024 AREA HOSPITALIZACION: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Doriana Cardona Dazc. No. 12042243433 TEL. 300 5909183 No. CAMA _____
DIRECCION DE RESIDENCIA. Ru 60 # 30-03 MUNICIPIO. Galapa DEPARTAMENTO. Atlántico
AFILIADO A E.P.S. Cajacopi QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Ambulancia

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? POR INICIATIVA PROPIA _____ RECOMENDACION Recomendación
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. _____ TIEMPO DE ESPERA. 5 minutos

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? Reservar Documentar

¿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? Si TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE Si
RECIBE CARLA DE MOTIVACION Si QUIEN LAS IMPARTE. El Doctor A QUE HORA Odio

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. Rondas CONCEPTO DEL TIEMPO. Rondas
LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA Si DUDOSA _____ PORQUE _____
¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? Lo suministran

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

Keddy Diop
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Edna Blanes
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 PEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-01-2024

AREA DE URGENCIA: Pediatría

NOMBRE DEL USUARIO(A). Elmer Flores

C.C.No. 4143440153 TEL. _____

DIRECCION DE RESIDENCIA. C/25 #22-23

MUNICIPIO. Barranquilla

DEPARTAMENTO. Atlántico

AFLIADO A E.P.S. Salud Total QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR _____

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

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

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? Documentos

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Mediato

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. _____

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? SI SUGERENCIAS _____

Elmer Flores
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Julio Blanes
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

Es Peritabdoles
Feetria
SIP

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 PEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30/01/24 AREA DE URGENCIA: R.C. 1041904973

NOMBRE DEL USUARIO(A). Diana Salas Saucha C.C.No. TEL. 3245539261

DIRECCION DE RESIDENCIA. Cabo Cove MUNICIPIO. Puerto Ordaz DEPARTAMENTO. ATLANTICO

AFILIADO A E.P.S. Meva EPS (SUBSIDIADO) QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR _____

?ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? NO POR INICIATIVA PROPIA SI RECOMENDACION Directamente

TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. Berú TIEMPO DE ESPERA. Operaria

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? postate al registro

?QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? horas

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. Operaria CONCEPTO DEL TIEMPO. En Operaria

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

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

No tiene Documento
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Francisco Vargas
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 PEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No.79B-50 BARRANQUILLA

FECHA: 30/1/24 AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A): Verónica Balleboves C.C.No. 1001911158 TEL. 3006458420
DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 23 No. 41M-40 MUNICIPIO. Villavieja DEPARTAMENTO. ATLANTICO
AFILIADO A E.P.S. Salud Total QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR PERSONAL

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? Primera POR INICIATIVA PROPIA SI RECOMENDACIÓN _____
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. Bien TIEMPO DE ESPERA. Entre 15 minutos y 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? Preserte en el Departamento
¿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? SUGERENCIAS. _____

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. 20 minutos 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 _____

Verónica Balleboves
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Verónica Balleboves
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A). 4001911158

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 PEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30/01/24 AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Franco Teropillo C.C.No. TI: 1044429340 TEL. 328 3441546

DIRECCION DE RESIDENCIA. Calle de Avance # 351 MUNICIPIO. TIBARA DEPARTAMENTO. ATLANTICO

AFILIADO A E.P.S. Ascopi Subsidiado QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Autobus (Reunido)

?ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA SI RECOMENDACION _____

TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. Buen TIEMPO DE ESPERA. 15 minutos - Tarde

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? prestar documentos

?QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? hey si BUENO - _____ REGULAR _____ MALO _____

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 _____

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

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. aprox 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 _____

Abu de Guzman
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
2258681C

Andrés Vales M.
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)
068273589D

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: CAPEPIEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA 30-01-2024 AREA HOSPITALIZACION: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A): Walter P. Cardenas g.c.No. 1042176114 TEL. 3003144694 No CAMA 20
DIRECCION DE RESIDENCIA: San Vicente MUNICIPIO Soleada DEPARTAMENTO: Atlantico
AFILIADO A E.P.S. Victor ses QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR ambulancia

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? SI POR INICIATIVA PROPIA _____ RECOMENDACIÓN Permisión
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. _____ TIEMPO DE ESPERA. imediata

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Enteas de documentas QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE Buena
¿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 - _____ 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 SI
RECIBE CARLA DE MOTIVACION NO QUIEN LAS IMPARTE. _____ A QUE HORA _____

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. 2 veces al dia CONCEPTO DEL TIEMPO. Buena
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 _____

Maria Fernanda Wanda Sa C
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
Erivelton
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
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA 30-01-2024 AREA HOSPITALIZACION: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A) Luis F. Borrero C.C No. 1043828465 TEL. 3004660190 No. CAMA 40
DIRECCION DE RESIDENCIA. Clive 5-46 MUNICIPIO. San Tomas DEPARTAMENTO: Atlantico
AFILIADO A E.P.S. Coosafce QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Ambulancia

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

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? en forma de documentos QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE: Buena
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Buena BUENO REGULAR _____ MALO _____

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 NO QUIEN LAS IMPARTE. _____ A QUE HORA _____
CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. cuando lo requiere CONCEPTO DEL TIEMPO. justo
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 de estancia

o mejorado considerablemente.

[Firma]
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

[Firma]
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. _____ AREA HOSPITALIZACION: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A) Luis Faber Perez C.C No. 1045229863 TEL 3007398112 No. CAMA 13
DIRECCION DE RESIDENCIA Car 12084-48 MUNICIPIO Solstadt DEPARTAMENTO Atlantico
AFILIADO A E.P.S. Santitas QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR Ambulancia

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

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

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

¿QUE CONCEPTO TIENE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE BUENO REGULAR _____ MALO _____
EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE BUENO REGULAR _____ MALO _____

EL TRATO POR PARTE 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: psicologo - psiquiatra QUE HORA _____
CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. 3 veces al dia CONCEPTO DEL TIEMPO. _____
LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA SI DUDOSA _____ PORQUE _____

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? nosotros
¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SI SUGERENCIAS _____

Mariana Mercedes
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. CACEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-01-2024 AREA HOSPITALIZACION: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A): Isamar Rodriguez C.No. 32580172 TEL. 3136173914 No. CAMA 06
DIRECCION DE RESIDENCIA. _____ MUNICIPIO San Felipe DEPARTAMENTO. Atlántico
AFILIADO A E.P.S. Acordar ser. QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR _____

¿ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? Asistiendo POR INICIATIVA PROPIA SI RECOMENDACION _____
TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION. _____ TIEMPO DE ESPERA. 15 minutos

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Entrega de documentación QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. Buena
¿QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? Buena BUENO - _____ REGULAR _____ MALO _____

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: Psiquiatras y enfermeras A QUE HORA 9:00 AM Y 2:00 PM
CADA CUANTO TIEMPO LO REVISIA 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
¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SI SUGERENCIAS _____

Isamar Rodriguez
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Isamar Rodriguez
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. CAJE PEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30.01.24 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Hospitalización Pediatría

NOMBRE DEL USUARIO(A). Doris Rodriguez C.C.No. 1941982335 TEL. 3001.833351
DIRECCION DE RESIDENCIA. Cilla Sol MUNICIPIO. Soleidad DEPARTAMENTO. Azuero
AFILIADO A E.P.S. COOSLU QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. REM.TIODO GUAY DOMINICOR

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? SI POR INICIATIVA PROPIA RE RECOMENDACIÓN _____
TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. 15 TIEMPO DE ESPERA 2 y 1/2

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? _____
¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Remitido

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. _____
TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. 20 minutos CONCEPTO DEL TIEMPO. bien

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA buena DUDOSA _____ PORQUE _____
¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? SUGERENCIAS _____

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
Doris Rodriguez

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)
Alvin Castro

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 PEDIÁTRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30.01.24 AREA DE CONSULTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Silena Romero C.C.No. 104828095 TEL. 3216665504
DIRECCION DE RESIDENCIA. Ciudad 21219 MUNICIPIO. Sole del DEPARTAMENTO. Atlántico
AFILIADO A E.P.S. COESA LUB QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

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

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. NOZ MAL

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Reservado de soledad

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Buena

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

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

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? Si SUGERENCIAS. Ninguna

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

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

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

Silena Romero
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Alvaro Lebo
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 PEDIÁTRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 30-01-2023 AREA DE ~~CONSULTA EXTERNA~~: Pediatría Hospitalización

NOMBRE DEL USUARIO(A). NEBERG Sanchez C.C No. 22329328 TEL. 312-6516079

DIRECCION DE RESIDENCIA. C/2 #9-233 MUNICIPIO. Luzaca DEPARTAMENTO. Atlantico

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

¿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 Declaro Deficere. (familia

que vino devuelto del hospital sabiendo que lo este. universidad del atlantico alta complejidad
que uno nulo atencion, y a que en el hospital. alta complejidad, no hay pediatría (paciente. neonato)
que uno nulo atencion, y a que en el hospital. alta complejidad, no hay pediatría (paciente. neonato)
X Neberg Sandra Gáratea
Gáratea Sandra
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A) FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

EN LA ESTANCIA DE 36 HORAS, DEL HOSPITAL, EN LA COMPLEJIDAD, MUY BUENA ATENCIÓN POR PARTE MÉDICO, Y ENFERMERÍA
EL PACIENTE, CONTIENE INFECCIÓN POR CELULITIS, A NIVEL TESTÍCULO PRODUCIDO DE NO RESOLUCIÓN DE DSCG, POR
PARTE DE ENFERMERÍA.

SOLICITO SE REALICE UNA INVESTIGACIÓN, POR REMISIÓN, QUE NO REQUIERAN, SU COMPLEJIDAD.
PACIENTE, REQUIERAN CX HERNIA INGUINAL.

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 PEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 01/30/24 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: HOSPITALIZACION PEDIATRICA

NOMBRE DEL USUARIO(A) DAFFLI VARELA MANSORQUE C.C No. CC. 1044238371 TEL. 3017208659
DIRECCION DE RESIDENCIA CALLE 2 N° 8C-53 MUNICIPIO. BARRANQUILLA DEPARTAMENTO. ATLANTICO

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

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? 2 VECES POR INICIATIVA PROPIA 01 RECOMENDACION NIEBUVA

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

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? NINGUNO Presente documento de la Hija

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? EXCELENTE

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? 01 SUGERENCIAS. Cuando llegan los médicos de las Despiertas,

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. RAPIDO CONCEPTO DEL TIEMPO. EL OPORTUNO

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFATORIA 01 DUDOSA PORQUE

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

[Firma]
A. 1143. 153. 229

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. CAPEPEDIATRICO

DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA: 30/01/24 AREA HOSPITALIZACION: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A): TORRE GALVE C. T.F. 6903645 (BARRANQUILLA) C.C. No. _____ TEL. 3005079415 No. CAMA _____

DIRECCION DE RESIDENCIA: CAR 10 No 9-140 MUNICIPIO: LA PLAYA DEPARTAMENTO: ATLANTICO

AFLIADO A E.P.S. UNIVERSITARIOS QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR RESERVA

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

TIEMPO QUE PASO HASTA LA HORA DE ATENCION: INTERMITENTE TIEMPO DE ESPERA. NINGUNO

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. _____

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? PRESENTE EN DOCUMENTOS DE ALTA HISO 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 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 X BUENO _____ REGULAR _____ MALO _____

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

RECIBE CARLA DE MOTIVACION SI QUIEN LAS IMPARTE. EXLENTE A QUE HORA EN LA MAÑANA Y TARDE

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISAS EL MEDICO DE TURNO. 4 VES CONCEPTO DEL TIEMPO. POR 2 HORAS YADE YUL

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

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? LAB INTERVENIENDO

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

Robinson Morales
8.722508
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

X Jorgelia Castillo
FIRMA DEL(A) ENCUESTADORA(A).
24. 957 837.
María Lourdes

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 PEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 01/30/24 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: HOSPITALIZACION (PEDIATRIA)

NOMBRE DEL USUARIO(A) Gezenia Jose Emilio Alvarez C.C.No. 20104482316 TEL. 3013705340
DIRECCION DE RESIDENCIA. VILLA FELICIDAD MUNICIPIO. GUADUATI DEPARTAMENTO. ATLANTICO
AFILIADO A E.P.S. COSSALUD SUBSIDIADO QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. RECURSOS (ASISTENCIA)

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

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

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? DIRECTA

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? 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 _____

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

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. MINUTOS CONCEPTO DEL TIEMPO. SATISFACTORIA

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

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

Paula Yanis Aguirre
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
1.042 944 710

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. 01/30/24 AREA HOSPITALIZACION: TI 1080671083

NOMBRE DEL USUARIO(A) Jesus Manuel Gomez H C.C.NO. 3012682085 TEL. No CAMA 2.

DIRECCION DE RESIDENCIA. PAZ No 123 MUNICIPIO. San Nardo DEPARTAMENTO. BOGOTÁ

AFLILADO A E.P.S. COOSALUD EPS QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR REPARTIDO

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

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? REPARTIDO QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE. Bueno

¿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 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 _____ REGULAR _____ MALO _____

¿SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? SI TIENE ACOMPAÑANTE PERMANENTE SI
RECIBE CARLA DE MOTIVACION SI QUIEN LAS IMPARTE. Los médicos A QUE HORA En la última

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. Los médicos CONCEPTO DEL TIEMPO. el oportuno
LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD 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? SI SUGERENCIAS _____

Dayana Hernandez 6
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

José Luis Hernández
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

Inez Martorell
Revisora UMO

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 PEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

*
Carrera 49

FECHA. 30-01-2024 AREA DE CONSULTA EXTERNA: Pediatría *3224951387

NOMBRE DEL USUARIO(A). Felisa Sarmiento C.C No. 1044638546 TEL. 3228251387

DIRECCION DE RESIDENCIA. Pu 14 C # 3136 MUNICIPIO. Barranquilla DEPARTAMENTO. Atlántico

AFILIADO A E.P.S. Fu. Fusal Sev. QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Remisión

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

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

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? Documento

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? _____

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE _____ BUENO - _____ REGULAR X 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. 10 minutos CONCEPTO DEL TIEMPO. _____

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

¿ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBE? NO SUGERENCIAS _____
El paciente tiene 4 días de estos hospitalizaciones y la EPS. No a entregado
medicamento quirúrgico solicitado.

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

FIRMA DEL(A) ENCUESTADORA(A)

Shirley Sarmiento

Inez Blasco

paciente: Josue Sarmiento Narvaez
Araucario

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. 30/01/24

AREA HOSPITALIZACION:

TI 1045233675

TEL. 3243886035

No. CAMA 16

NOMBRE DEL USUARIO(A). Tau queles Lozano Cisneros C.C.

MUNICIPIO. YUCAJO

DEPARTAMENTO. ATLANTICO

AFLIADO A E.P.S. MIPS SUBSIDIADO QUE MEDIOS UTILIZO PARA LLEGAR TELUSION HOSPITAL DRABURKROG

?ES PRIMERA VEZ QUE VIENE? POR INICIATIVA PROPIA RECOMENDACION

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

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

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

?QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? PRESENTE A TRAYTA DE DEUTARIO QUE CONCEPTO TIENE DE LA ALIMENTACION QUE RECIBE.

?QUE CONCEPTO TIENE DEL SITIO DONDE SE ENCUENTRA? BUENO BUENO REGULAR MALO

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA 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 NO TA

RECIBE CARLA DE MOTIVACION SI QUIEN LAS IMPARTE. APORTAR A QUE HORA DE LA NOCHE

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISAS EL MEDICO DE TURNO. DA Y NOCHE CONCEPTO DEL TIEMPO. OPERARIO

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

?QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? AS AUTOMATAS

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

NOTA: TEUBO 5 DIAS DE ESTAR ESPERANDO LA RESPUESTA DE UN
HUBO Y TODERIA AUN NO HE RECIBIDO LA RESPUESTA
DE LA VISIA Y ESTOY PREOCUPADO.

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
Tau queles Lozano

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A).
Yanis Cely Vantes

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 PEDIATRICO
DIRECCION. CARRERA 75 No. 79B-50 BARRANQUILLA

FECHA. 01/30/14 AREA DE CONSULTA EXTERNA: HOSPITALIZACION PEDIATRICA

NOMBRE DEL USUARIO(A). ASHLEY VERGARA C.C No. 3206777635
DIRECCION DE RESIDENCIA CA 26 #59885 MUNICIPIO. SOLEADO DEPARTAMENTO. ATLANTICO
AFILIADO A E.P.S. SAUVIAS EPS. QUE MEDICOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. FEUNITDA

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? BUENA POR INICIATIVA PROPIA DIRECTA RECOMENDACION DIVINOLUX
TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. FEUNITDA TIEMPO DE ESPERA OPERARIO

¿QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. ALGUNA DIRECTA ALGUNO/UNICA
LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA REGULAR MALA
¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? DIRECTO TAN DONDEBOS COAREBO

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? EXCELENTE
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. NINGUNA

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. DIRECTA CONCEPTO DEL TIEMPO. DIRECTO
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

Nelis Pardo
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
32 994 134

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. 01/30/24 AREA HOSPITALIZACION:

NOMBRE DEL USUARIO(A). CINDY C.C No. 74 1047224999 TEL. 3002682425 No. CAMA 10

DIRECCION DE RESIDENCIA CARRERA 75 No. 79B-50 MUNICIPIO. GUATA DEPARTAMENTO. ATLANTICO

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

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

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

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? PRESTAR MI DOCUMENTOS

¿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 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. ALVARO A QUE HORA 4:30 PM / TRABAJA

CADA CUANTO TIEMPO LO REVISA EL MEDICO DE TURNO. 3 VECES AL DIA CONCEPTO DEL TIEMPO. END DEL HORARIO DIA

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

¿QUIEN SUMINISTRA LA LENCERIA QUE UTILIZA? LOS FUERTEBAS

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

Verónica Portaferrado
07235000

X CINDY JOSOPA
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A).
*1.047 224999