

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS

SEDE: CACR SABANALARGA

DIRECCION: CALLE 25 NO.8-25

44

FECHA. 26/01/2024 AREA DE CONSULTA EXTERNA:

Pediatrica - Simedolpar

NOMBRE DEL USUARIO(A). Karina Torrens C.C.No. 1193558418 TEL. 304-2469522

DIRECCION DE RESIDENCIA C-2413A-40 MUNICIPIO. Sto. Pedro DEPARTAMENTO. Atlántico

AFLIADO A E.P.S. Coosur QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. BUS - auto y U.V.

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? 2da POR INICIATIVA PROPIA SI RECOMENDACION _____

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. ningun

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Factura便秘 Pediatría y Simedolpar

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Regular

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 X MALO _____

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

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. 5 horas de espera CONCEPTO DEL TIEMPO. Mucho tiempo que esperar de la

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

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

Karina Isabel Torrens
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Paola Suarez
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: CACR SABANALARGA
DIRECCION: CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26/01/2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Atención Psicopedagógica

NOMBRE DEL USUARIO(A). Claudia Carrillo C.C No. 104190034 TEL. 313.6729882
DIRECCION DE RESIDENCIA. Finca 13-47 MUNICIPIO. DONDENOS DEPARTAMENTO. Atlántico
AFILIADO A E.P.S. COO Salud QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Por el celular

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

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

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? 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? _____ SUGERENCIAS. _____

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

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

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

Claudia Carrillo
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 USUSRIOS
SEDE. CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-2022 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: SEDIATRA

Dobryuz

NOMBRE DEL USUARIO(A): HALSERBER C.C No. 1043853165 TEL. 3137801890
DIRECCION DE RESIDENCIA: calle 8 de mayo MUNICIPIO. CAJUPA DE LUCENA DEPARTAMENTO. ANTIOQUIA
AFILIADO A E.P.S. Uvena cps QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Uvena - por internet - por whatsapp

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? POR INICIATIVA PROPIA RECOMENDACION - hospital de cajupá
TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. 1 hora TIEMPO DE ESPERA. 1 hora
QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Atención oportuna - hospital de cajupá

LA SEÑALIZACION PARA ORIENTARCE EN EL HOSPITAL ES: BUENA REGULAR. MALA
¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Facilitación

¿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 SATISFACITORIA DUDOSA PORQUE De un diagnóstico oportuno

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

[Signature]
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 USUSRIOS

SEDE. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26.01.2024 AREA DE CONSULTA EXTERNA: Medicina INTERNA

NOMBRE DEL USUARIO(A). Carlos Reyes Coronado ^{86 años} C.C.No. 863378 TEL. 304.466.4462
DIRECCION DE RESIDENCIA. K-13 # 14-35 MUNICIPIO. Casibari DEPARTAMENTO. VITENTICO
AFILIADO A E.P.S. Cajicopi QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Urgencia

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. NO TIEMPO DE ESPERA. _____

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. NO _____

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Ingreso _____

¿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? 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 _____

X Andrés Rojas
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

German Garcia
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS

SEDE. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26.01.2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Quibdó

NOMBRE DEL USUARIO(A). Gregorio Cantillo C.C.No. 3.762.228 TEL. 301-328 9194

DIRECCION DE RESIDENCIA. q.80 #8-42 MUNICIPIO. Pto Gordo DEPARTAMENTO. Atlántico

AFLIADO A E.P.S. Sosialis QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. WhatsApp

¿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. Ninguno

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Derivado

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? 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 _____

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

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. _____ CONCEPTO DEL TIEMPO. Tiempo por urgencias derivado

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

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

Gregorio Cantillo
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Esteban Garcia
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. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26. 01. 2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Quiquefic

NOMBRE DEL USUARIO(A). Juis Lejedo Altamaba C.C No. 1043.005.051 TEL. 302-204 2648

DIRECCION DE RESIDENCIA. Cl. 23 # 7-37 MUNICIPIO. Sabanalarga DEPARTAMENTO. Atlantico

AFILIADO A E.P.S. Mutual Ser 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. Ninguno

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Por Urgencia

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Bien

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? SI SUGERENCIAS _____

Juis Alberto J
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Stemmo GARCIA
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS

SEDE. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26 Enero AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Medica Quirujica

NOMBRE DEL USUARIO(A): Feder Solano C.C No. 1045228537EL 3242676822

DIRECCION DE RESIDENCIA: 150328-1528 MUNICIPIO. Buena Vista DEPARTAMENTO. Atlántico

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

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? 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? Ninguna

¿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. Buena

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 RECIBIR? _____ SUGERENCIAS _____

X 84DER 5 E
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

X1045228537

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 USUSRIOS
SEDE. CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. _____ AREA DE DONSLUTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Julio Conrado C.C No. 104241180 TEL. 3045344815

DIRECCION DE RESIDENCIA. _____ MUNICIPIO. _____ DEPARTAMENTO. _____

AFLIADO A E.P.S. Motivasset QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. 70020205

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. 2011 TIEMPO DE ESPERA. Bien

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. No

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Afuera

¿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. _____

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

Julio Conrado F
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Julio Conrado F
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS

SEDE. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26 Enero AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Urgencia genicologica

NOMBRE DEL USUARIO(A). Lotharne Legarado C.C.No. 10033010241 TEL. 308 3504548

DIRECCION DE RESIDENCIA. Municipio. DEPARTAMENTO. Valencia
AFILIADO A E.P.S. Aldea PS QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Por Internet

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

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Ninguno

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

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

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

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. 15 minutos CONCEPTO DEL TIEMPO. Buena

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

?ES CLARA LA EXPLICACION SOBRE SU TRATAMIENTO Y LAS RECOMENDACIONES QUE RECIBIR? BUENA SUGERENCIAS BUENA

Lotharne Legarado F. FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
Alfredo 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 USUSRIOS
SEDE. CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26 Enero AREA DE DONSLTA EXTERNA: Polia Trib

NOMBRE DEL USUARIO(A). Josna Velazco C.C.No. 1083845735 TEL. 305 206 3492
DIRECCION DE RESIDENCIA. Boa #17. 70 MUNICIPIO. Sa DEPARTAMENTO. Campo de la Cruz
AFILIADO A E.P.S. Coosolva QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. campo de la Cruz

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

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

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? No _____

¿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. Son minutos oportuna mente

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

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

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

Riva Velazco
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Wilfredo 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 USUSRIOS

SEDE. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26 Enero AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Neurologia

NOMBRE DEL USUARIO(A). Maria Benquerieta C.C No. 32851265 TEL. 3244358494

DIRECCION DE RESIDENCIA. 226c. 512 MUNICIPIO. SABANALARGA DEPARTAMENTO. Atlantico

AFLIADO A E.P.S. MUTUAS SA QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CTA. Medicinas

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? 3 POR INICIATIVA PROPIA Si RECOMENDACION No

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. 57 TIEMPO DE ESPERA. Tapido

¿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? Ninguna

¿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. Bien

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. 3 dias CONCEPTO DEL TIEMPO. Tres dias

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? _____ SUGERENCIAS _____

Maria Benquerieta
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

32 857 266

Wilfredo Costar
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022
NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS
SEDE: CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26 de Enero de 2012 AREA DE CONSULTA EXTERNA: Ginecología

NOMBRE DEL USUARIO(A). Sinilda Salsos MUNICIPIO. C.C No. 223548 DEPARTAMENTO. Bojale

DIRECCION DE RESIDENCIA. Bojalé QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. urgencia

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

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

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? Ninguna

¿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. _____

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. 4 dias CONCEPTO DEL TIEMPO. Cuatro dia

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)
Yulyn Castro Nuñez

1042 999 325

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)
Alfredo Coster J.

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022
NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS
SEDE: CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26 Enero AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Medica Quirujia

NOMBRE DEL USUARIO(A). Andre Casanova C.C No. 100106692

DIRECCION DE RESIDENCIA. _____ MUNICIPIO. _____ DEPARTAMENTO. _____

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

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? SI 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? Ninguna

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Ninguna

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 SATISFATORIA _____ DUDOSA _____ PORQUE _____

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

Alfonso Jose Bravado A
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
X 1001866925 | Alps

Alfredo Castro J
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: CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. _____ AREA DE CONSULTA EXTERNA: Medicina Interna

NOMBRE DEL USUARIO(A). Rafael Fontello C.C No. 859036 TEL. 3041266006

DIRECCION DE RESIDENCIA. _____ MUNICIPIO. _____ DEPARTAMENTO. _____

AFILIADO A E.P.S. Novos ps QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. ninguno

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

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? Rapido _____

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 B DUDOSA _____ PORQUE _____

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

Rafael Mendez Fontello
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

W. Prado Castro
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022
NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS
SEDE. CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Aten - enferma-

NOMBRE DEL USUARIO(A). Josef Cecano de Obando C.C NO. 22 655 247 TEL. 302 3861124
DIRECCION DE RESIDENCIA. COOSALUD MUNICIPIO. DOVENA DEPARTAMENTO. OTUNDIHO
AFILIADO A E.P.S. COOSALUD QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. -

¿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. - TIEMPO DE ESPERA. -

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. -

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Factura - Faltas

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? comacoro vel hoy de nonnans (estana - cleras)

EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ES: EXLENTE - BUENO X 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. 20 min CONCEPTO DEL TIEMPO. comacoro 1 hora

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? + SUGERENCIAS -

3 Secciones de Hospitalización (Clara Patricia)

Josefa Josefina Obando

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

CE 1041894336



Jose Humberto

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: CAGR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: PEORIA TRIN

NOMBRE DEL USUARIO(A). SOIM PEUA C.C NO. 1045250152 TEL. 300 2664438

DIRECCION DE RESIDENCIA. Km 16 A No. 19 MUNICIPIO. FORRAZO ABO DEPARTAMENTO. DTA

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

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. 3 hrs TIEMPO DE ESPERA. 3 hrs

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Tremebulo

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

?QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Facil acceso

?QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? BIEN

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. Block Espin CONCEPTO DEL TIEMPO. programa puntis 8:00-10:00

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

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

overna ciclo de atencion peoria trina. en la vivienda.

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
Juan Humberto
86571214

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)
Sandra Prentik D'Att

NO ASISTE A CONSULTA

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022
NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS
SEDE. CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA 26/01/04 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Area de Pediatría

NOMBRE DEL USUARIO(A). DAVID SHODDAN OJANA C.C.No. TINICHTA 3114316682
DIRECCION DE RESIDENCIA QUEVA 2017-4R MUNICIPIO. LA PEÑA DEPARTAMENTO. ATLANTICO
AFILIADO A E.P.S. _____ QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA 17 MINUTOS TIEMPO DE ESPERA. RECUPERACION
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? Presencia de documento y nombre familiar

?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. _____

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. EXLENTE CONCEPTO DEL TIEMPO. OPORTUNO

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 _____

2263654

* FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Chris Annunziata Pardo
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
8-25-08

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: CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: URBEBEIN GMEZLOBAIT

NOMBRE DEL USUARIO(A). Silvana de la Cruz C.C No. 1042968184 TEL. 3023909124

DIRECCION DE RESIDENCIA. C/le 3 No 11-47 MUNICIPIO. Moandze DEPARTAMENTO. Arauca

AFILIADO A E.P.S. COO SALUD QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. ---

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? No POR INICIATIVA PROPIA Si 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. No

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Fachmuseo

¿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? X SUGERENCIAS. espera para

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 ---

Silvana de la Cruz S.
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Fachmuseo
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022
NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS
SEDE: CACR SABANALARGA
DIRECCION: CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26/01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Talibet Bornaheber C.C No. 1043010387 TEL. _____

DIRECCION DE RESIDENCIA K 22 # 31-2 MUNICIPIO. Sabanalarga DEPARTAMENTO. Atl.

AFILIADO A E.P.S. Coosalud QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Hospitales que voya frage pediatrics y frage dental

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. Urgencia tiempo de espera.

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Se selecciono el turno por ser un niño

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Presentacion de documentos

¿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. que haya frage pediatrics y un espacio de recuperación infantil

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 _____

[Signature]
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
1043010387

[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 USUSRIOS

SEDE. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA Pediatría

NOMBRE DEL USUARIO(A). Maria Valencía Estrada C.C.No. 1128178534 TEL. 3001498445

DIRECCION DE RESIDENCIA. Cl. 4 # 13-16 MUNICIPIO. SUCRI DEPARTAMENTO. Atlántico

AFLIADO A E.P.S. Nueva EPS QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. ambulancia

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? 2ª vez POR INICIATIVA PROPIA RECOMENDACION Permitida

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. TIEMPO DE ESPERA. 20 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? Registro de Ingreso

¿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. Todo está bien

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. 20 minutos CONCEPTO DEL TIEMPO. SI es probable

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

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

Maria Valencía

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

1128178534

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: CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-2024 AREA DE DONSLTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Cely Iv Yadif Zapata. C.C NO. 72 293 612 TEL. 300 8494403

DIRECCION DE RESIDENCIA. K35 #19-45 MUNICIPIO. Galapa DEPARTAMENTO. Atlantico

AFILIADO A E.P.S. Coosolid QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Transporte particular

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. 19-01-2024 TIEMPO DE ESPERA. _____

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. ninguno

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

?QUE TRÁMITES HIZO EN ADMISION? Todas los trámites de cirugía

?QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Bien aseado

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. Fue re programada la cita no vino el medico

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. no vino el medico CONCEPTO DEL TIEMPO. si luego van y a los 10:18 fue que

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

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

Cely Iv Zapata
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
72293612

[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. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA: 26-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Tramitación

NOMBRE DEL USUARIO(A): Giisel Campo Paez C.C.No. 1001934816 TEL. 3004320213

DIRECCION DE RESIDENCIA: Krotzowal MUNICIPIO. Suway DEPARTAMENTO. Aflautin

AFLIADO A E.P.S. Salud Total QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Ambulancia

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. 15 minutos 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? Entregar datos del paciente

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? mej 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. 2 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

Giisel Campo
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
1001934816.

Elmer Sosa
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

ASOCIACION DE USUARIOS
DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO
Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022
NIT. 901564599-8
FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS
SEDE: CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25
Hernán Catalina Hernández

FECHA. 26-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Ginecología

NOMBRE DEL USUARIO(A): Erica Cruz Martínez C.C No. 22613040 TEL. _____

DIRECCION DE RESIDENCIA: X1423-42 MUNICIPIO: Ponedera DEPARTAMENTO: Atlántico

AFLIADO A E.P.S. Corosalud QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA: Servicio particular

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? hacia por iniciativa propia SI RECOMENDACION _____

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA: 8:10 TIEMPO DE ESPERA. 20 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? Entrega de documentos

¿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. 20 minutos - trabajo de parto

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 _____

Erica Cruz
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

22613040

[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 USUSRIOS

SEDE. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Hospitalización Adulto

NOMBRE DEL USUARIO(A) Clorisi de los Ros De los Rios C.C No. 1001882210 TEL. 3243306982

DIRECCION DE RESIDENCIA Finca de la Virgen de D. Municipio. Sabanalarga DEPARTAMENTO. ATL.

AFLIADO A E.P.S. Copacopa QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. urgencia

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? 2ª vez POR INICIATIVA PROPIA RECOMENDACION

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

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? registro de fotos pasenotes

¿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. _____

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 _____

da alimentacion es buena

Clorisi de los Ros

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

1001882210



FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS

SEDE. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-24 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Hospitalización

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

DIRECCION DE RESIDENCIA. Boquer MUNICIPIO. Talavera DEPARTAMENTO. Valencia

AFILIADO A E.P.S. Good Salud QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Directa

¿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. segunda TIEMPO DE ESPERA. _____

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Joda Bin

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Foeluro Administración Excelente

¿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. breve 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 _____

Selenia Estarita
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Wainer Poor S.
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 26-03-24 AREA DE CONSULTA Consulta Clínica

NOMBRE DEL USUARIO(A). Hector Sin Jun. CC No. 1041720953 TEL. 3219446931

DIRECCION DE RESIDENCIA. Ignacio MUNICIPIO. Albano DEPARTAMENTO. Albano

AFLIADO A E.P.S. EPS Fequí 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. 1/2 hora

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? 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. _____ 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 _____

Hector Sin Jun.
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

P. J. Torres S.
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. 26-01-24

AREA DE DONSLUTA EXTERNA:

Consulta Externa

NOMBRE DEL USUARIO(A). Maria Jakes

DIRECCION DE RESIDENCIA. Guano

MUNICIPIO. Sabiy

DEPARTAMENTO. Atlántico

AFILIADO A E.P.S. Caja de Seguro

QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Telefono

Telefono

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE?

POR INICIATIVA PROPIA +

RECOMENDACION +

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. durando tiempo de espera. 1 hora

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? Federal demora de

¿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.

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. 10 minutos CONCEPTO DEL TIEMPO. very rapido

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

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

Maria Jakes
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Maria Jakes
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: 26-01-24

AREA DE CONSULTA EXTERNA:

Gerencia

NOMBRE DEL USUARIO(A): Juanes Galvis

C.C No. 1007123014 TEL. 300 401 66 65

DIRECCION DE RESIDENCIA: Coronado HubsurMUNICIPIO.

Palmera DEPARTAMENTO Atlántico

AFLILADO A E.P.S. Actual Sur QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Orsoncel

¿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. Quince TIEMPO DE ESPERA. —

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. N.

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? —

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? —

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

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

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

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

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

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

Juanes Galvis
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Diego Forero
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. 26-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA:

NOMBRE DEL USUARIO(A). Silvina Rozado C.C.No. 22009431 TEL. 324 584 2947

DIRECCION DE RESIDENCIA. Sobelen MUNICIPIO. _____

DEPARTAMENTO. _____

AFILADO A E.P.S. Novor Esp.S. QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Remitiendo

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. 1 hora TIEMPO DE ESPERA. atrasada

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA.

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? _____

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? _____

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

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

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

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

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

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

Silvina Rozado

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Alina Torres

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: 26-01-24

AREA DE CONSULTA EXTERNA:

Psiquiatria

NOMBRE DEL USUARIO(A): David Diaz

MUNICIPIO: Babona

C.C No. 1043595-028 TEL. 300 290 3642

DIRECCION DE RESIDENCIA: Feleus

QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Medios

NECESITA: Si

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? SI NO

¿POR INICIATIVA PROPIA? SI NO

RECOMENDACION buena

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. 1 hora TIEMPO DE ESPERA. buena

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? Feleus

¿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 NO

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA 1 hora CONCEPTO DEL TIEMPO. buena

LA INFORMACION CLINICA SOBRE SU ESTADO DE SALUD ES SATISFACTORIA DUDOSA PORQUE No con informacion

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

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A) Enith Bassie

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A) Wineford

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS

SEDE. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-24 AREA DE CONSULTA EXTERNA: Reiniciar

NOMBRE DEL USUARIO(A). Josue Manuel Pena C.C.No. 1001468785 TEL. 320 686 7435

DIRECCION DE RESIDENCIA. Sababalarga MUNICIPIO. Sababalarga DEPARTAMENTO. Atlantico

AFILIADO A E.P.S. Good Salud QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Urgencia

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. Urgencia TIEMPO DE ESPERA. 25-01-24 3pm.

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. N.

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Atencion

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? 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

¿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 _____

Josue Pena Berdegs
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Osvaldo Jover
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS

SEDE. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Hospitalización Salud 915

NOMBRE DEL USUARIO(A). Valeria Guerrero Ortiz C.C No. 19803850 TEL. 3042180025

DIRECCION DE RESIDENCIA. Rafine - General MUNICIPIO. Pepeln DEPARTAMENTO. Atlantico

AFLIADO A E.P.S. General San QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. por internet

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

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

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? Requisito de documentos

¿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. 20 minutos CONCEPTO DEL TIEMPO. Fue oportuno

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

Almendra Torres

Yolanda Guerrero

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

19803850

[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 USUSRIOS
SEDE. CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26.01.2024 AREA DE DONSLTA EXTERNA: Hospitalización Perioditis

NOMBRE DEL USUARIO(A). Leidis Luque Hinojosa C.C.No. 100300101 TEL. 318.324.1235
DIRECCION DE RESIDENCIA. C-25 # 13-25 MUNICIPIO. Ponedera DEPARTAMENTO. Atlántico
AFILIADO A E.P.S. COOSALUD QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Escritorio de Ponedera

¿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? NINGUNO

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Bien

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. Hospitalización

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 _____

Leidis Luque H
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Gerardo Sierra
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: CAGR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-2023 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: MEGACENCIOS GINECOLOGICO

NOMBRE DEL USUARIO(A). Yorcelis Méjido Fontolvo C.C No. 1008361543 TEL. 301-1875013

DIRECCION DE RESIDENCIA. E-18 #16-32 MUNICIPIO. Ponedera DEPARTAMENTO. ATLANTICO

AFLIADO A E.P.S. COOSALUD QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. TRABAJANDO DE PONEDERA

¿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? TRABAJANDO

¿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. _____

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 _____

X Yorcelis Méjido
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Gertrudis Padilla
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022
NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS
SEDE: CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Consulta. Externa

NOMBRE DEL USUARIO(A). AINI'S OSORIO CANTILLO C.C No. 1045228430 TEL. 310-615220

DIRECCION DE RESIDENCIA. K.7 # 7A-29 MUNICIPIO. SANTA CRUZ DEPARTAMENTO. Atlantico

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

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. 2 dias TIEMPO DE ESPERA. 3:00

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. _____

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Ingreso

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Bien

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. Tengo 3:30 no atencion

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 _____

Aini's Osorio Cantillo
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Stepano Garcia
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. CAGR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No. 8-25

FECHA 26-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A) Doralis Jose Pino Castillo C.C No. 104250665 TEL. 3207723806

DIRECCION DE RESIDENCIA ELL. C # 7-93 MUNICIPIO. Santa Cruz DEPARTAMENTO. Atlantico

AFLIADO A E.P.S. Nubea EPS QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Ambulancia

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. _____ TIEMPO DE ESPERA. 15 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? Entrega de datos personales

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Es 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. Nova 7 días Hospitalizaci

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. 20 minutos CONCEPTO DEL TIEMPO. aceptable

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 _____

Atencion es regular.



FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

9045250065



FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022
NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS
SEDE: CACR SABANALARGA
DIRECCION: CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26-01-24 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Policlinica

NOMBRE DEL USUARIO(A). Heleny Sofia Veloz C.C.No. 104302299 TEL. 3242020099

DIRECCION DE RESIDENCIA. Pto Grande MUNICIPIO. Ponedera DEPARTAMENTO. Atlantico

AFILIADO A E.P.S. Good Salud QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Internet

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA 25-01-23 TIEMPO DE ESPERA. 2 dias

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. Si no ha sido. Atendida y ottopodada

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

?QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Haceran

?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 _____

Andrea Hartner C
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Yvonne Torres S.
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022
NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS
SEDE. CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No. 8-25

FECHA. 20/01/21 AREA DE DONSULTA EXTERNA: Ginecologia

NOMBRE DEL USUARIO(A) GRINDA BECARIO DIAZ C.C No. 327577 TEL. 3014363655
DIRECCION DE RESIDENCIA CARRERA # 15-63 MUNICIPIO. LA PENA DEPARTAMENTO. ATLANTICO
AFILIADO A E.P.S. CAICAPI QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. por vis videos

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

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA SI VE TIEMPO DE ESPERA. HAU ATENDIDO

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. HAU SE HE PRESENTA UN PROBLEMA ESTOY ESPERANDO
QUE LA EPS OBRIGAR MOROBIJE MI TRASTADO QUE HAU NO SE GENTRA.

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

?QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? presentar mi documento y mi familiar

?QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? REGULAR

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. 0 hrs 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? X SUGERENCIAS _____

DIAGNOSTICO G.A. SORDOS
URTOLOGIA Ginecologica

Malva Pedraza

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

82849236

Jose Juan Morales Veloz

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)
8723588

func' remitido a la clinica San Martin

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022
NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS
SEDE. CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26/01/14

AREA DE DONSLUTA EXTERNA:

CONSULTA EXTERNA

NOMBRE DEL USUARIO(A). Daimar Mercado C.C.No. 130307126 TEL. 3042195020
DIRECCION DE RESIDENCIA. Calle 5 de 15 MUNICIPIO. Repalo DEPARTAMENTO. Atlantico
AFILIADO A E.P.S. Nova Eps QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Operacion

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

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

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? Registro y Orden

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? M. Bien

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. Normal 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 _____

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
Katherine Solano
25533462

3042195020

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)
Carolina Rojas Heredia
cc 0.973 588

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. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26.01/24 AREA DE CONSULTA EXTERNA: CLINICA INTERNA (Medico Dimejics)

NOMBRE DEL USUARIO(A) Chuchel # Pino Castro C.C No. 5171289 TEL. _____

DIRECCION DE RESIDENCIA. LA VITA CEDID MUNICIPIO. SABANALARGA DEPARTAMENTO. ATLANTICO

AFLILADO A E.P.S. Necha EPS QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

¿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. 04.21.04 TIEMPO DE ESPERA. 0.01.15

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? CEDEJA EN ADMISION NI NECHA

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? EXCELENTE

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

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

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

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. Buena CONCEPTO DEL TIEMPO. EN Reduccion

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 _____

X FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
5171289

Andrés Samuel Velez
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)
823588 B

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. CACR SABANALARGA
DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26/01/24 AREA DE CONSULTA EXTERNA: Memoria Intermedica y Fono (Dinamica)

NOMBRE DEL USUARIO(A). YILIAN ORTIZ Robledo Garcia C.C No. 8635358 TEL. 3004970929
DIRECCION DE RESIDENCIA Calle 11 No. 30-146 MUNICIPIO. Sabanalarga DEPARTAMENTO. Atlantico
AFILIADO A E.P.S. Cooperativa Simpatizantes QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Personal

¿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. Operativa TIEMPO DE ESPERA. En Esperado

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? Operativa en Admisión

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? 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 _____

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

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. Operativa CONCEPTO DEL TIEMPO. En Acercado

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? Buenas SUGERENCIAS _____

[Firma]
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
8695358

[Firma]
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)
92350818

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. CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26/01/04 AREA DE CONSULTA EXTERNA: Gabinete OBSTETRICIA Gineco Logica

NOMBRE DEL USUARIO(A). Beñisa Ovea Fur C.C.No. 1043006694 TEL. 3109344570

DIRECCION DE RESIDENCIA. Calle No 150 MUNICIPIO Acandá de Páblo DEPARTAMENTO. ATLANTICO

AFLIADO A E.P.S. Nova EPS (subsidiada) QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Webcam

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? No POR INICIATIVA PROPIA SI RECOMENDACION Por su propia persona

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

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? si 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 X SUGERENCIAS. —

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA 10 minutos de consulta CONCEPTO DEL TIEMPO. breve

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 —

Beñisa Ovea Fur
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)
7093006694

Francisco Forster Medina
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)
7093006694

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: CACR SABANALARGA
DIRECCION, CALLE 25 No.8-25

FECHA. 26/01/04

AREA DE CONSULTA EXTERNA: Psiquiatria

NOMBRE DEL USUARIO(A): Samuel Jesus Gonzalez M. TI. 10457955 TEL. 3126315356
DIRECCION DE RESIDENCIA: KR 23B No. 2025 MUNICIPIO. CAUDEZARIA DEPARTAMENTO. ATLANTICO
AFILIADO A E.P.S. Nueva EPS QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Medios de un vecino

?ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? Primera POR INICIATIVA PROPIA Amiga RECOMENDACION Amigo

TIEMPO QUE PASO DESDE QUE PIDIO LA CITA HASTA LA FECHA DE CONSULTA. En Operando TIEMPO DE ESPERA. Excelente
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? Presena documental y familiar

?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. _____
TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. Operativa CONCEPTO DEL TIEMPO. En Operando

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 _____
22 120822

XRAFAEL

FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Samuel Hobbes Vesiva
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)
CO 8.72558893

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

Pediatría
Hospitalización

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS

SEDE: CACR SABANALARGA

DIRECCION. CALLE 25 No.8-25

FECHA: 30-01-2024 AREA DE CONSULTA EXTERNA: Hospitalización

NOMBRE DEL USUARIO(A): Carolina Alvarez C.C.No. 1242193391 TEL. 3006520292

DIRECCION DE RESIDENCIA: Kestisa MUNICIPIO. Soledad DEPARTAMENTO. Atlántico

AFLIADO A E.P.S. Nueva E.P.S QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Ambulancia

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

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. ninguna

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

Henry Sambo
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

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