

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 SOLEDAD
DIRECCION. CALLE 15 No.21-60

FECHA: 12-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A): Esteban Fiel C.C No. 1072430560 TEL. 300 2970951
DIRECCION DE RESIDENCIA: Costa Morosa MUNICIPIO: Soledad DEPARTAMENTO: Atlántico
AFILIADO A E.P.S. Neura Eps. QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

?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. _____ 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? Urgencias / Atendida en pasillo

?QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Demorada

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 _____

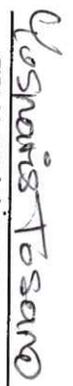
?SE RESPETA SU INTIMIDAD DURANTE LA CONSULTA? Si SUGERENCIAS. _____

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

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

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


FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)


FIRMA DEL(A) ENCUESTADORA(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS

SEDE: CACR SOLEDAD

DIRECCION, CALLE 15 No.21-60

FECHA. 12-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Miryet Andrade C.C No. 1129519586 TEL 304 302 6444
DIRECCION DE RESIDENCIA Ciudad Vieja, Municipio. Soledad DEPARTAMENTO. Affico
AFILIADO A E.P.S. famisanar QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

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

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. _____

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Urgencias _____

¿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? Sola SUGERENCIAS. _____

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. no CONCEPTO DEL TIEMPO. _____

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

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

Miryet Andrade
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Usnatis Toscano
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 SOLEDAD
DIRECCION. CALLE 15 No.21-60

FECHA. 12-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Yaima P. Suarez Jimenez C.C No. 1443140557 TEL. 304 257 2145
DIRECCION DE RESIDENCIA. Normandia MUNICIPIO. Soledad DEPARTAMENTO. Atreco
AFILIADO A E.P.S. Distvalser QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Urgencias

¿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? 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? Solo 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 _____

Yaima P. Suarez
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Yosmaris Toscano
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 SOLEDAD

DIRECCION. CALLE 15 No.21-60 -SOLEIDAD

FECHA. 12-01-2024 AREA DE URGENCIA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Jose Fontalvo C.C No. 1047347255 TEL. 300 281 5112

DIRECCION DE RESIDENCIA. _____ MUNICIPIO. Palmar de Jorola DEPARTAMENTO. Atlántico

AFILIADO A E.P.S. Nueva eps / Subsidiario QUE MEDIOS UTILIZÓ PARA LLEGAR _____

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

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. _____

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? urgencias _____

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

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. _____

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 _____

Jose Fontalvo
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Yosmaris Toscano
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 SOLEDAD
DIRECCION. CALLE 15 No.21-60

FECHA. 12-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Johanelly Dipto Perez C.C No. 105140871 TEL. 314 431 1423
DIRECCION DE RESIDENCIA. Central MUNICIPIO. Soledad DEPARTAMENTO. Atto
AFILIADO A E.P.S. Sura QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

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

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. _____

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? urgencias

¿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? Solo 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 RECIBI? Si SUGERENCIAS _____

Johanelly Dipto Perez
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Yosmaris Toscano
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 SOLEDAD

DIRECCION. CALLE 15 No.21-60

FECHA. 12-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Uruguaya

NOMBRE DEL USUARIO(A) Shailly Pardo Enamorado C.C No. 1043660215 TEL. 310 611 33 99
DIRECCION DE RESIDENCIA. _____ MUNICIPIO. _____ DEPARTAMENTO. _____

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

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

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. _____

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? _____

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? SI 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? SUGERENCIAS. _____

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

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

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


FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)

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

Resolución No. 19.062 de 04-02-2.022

NIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUARIOS

SEDE: CACR SOLEDAD

DIRECCION. CALLE 15 No.21-60

FECHA. 12-01 2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Virgenaria

NOMBRE DEL USUARIO(A). Ronald Arendez CC No. 704242951 TEL. _____

DIRECCION DE RESIDENCIA. Central MUNICIPIO. Solano DEPARTAMENTO. Ahuachapán

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

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

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. _____

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? _____

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? _____

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

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

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

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

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

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

Ronald Arendez
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Adus Elis Blanco
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 SOLEDAD
DIRECCION. CALLE 15 No.21-60

FECHA. 12-05-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Urgencia

NOMBRE DEL USUARIO(A). Victoria Pare Suvre C.C No. 32 615 013 TEL. 304 215 1083
DIRECCION DE RESIDENCIA. Dig 7971 Bisur-21 MUNICIPIO. Soledad DEPARTAMENTO. Atlantico
AFILIADO A E.P.S. Coosalud QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

¿ES PRIMERA VEZ QUE TIENE CITA EN ESTA SEDE? 2 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 _____

Sistla Garcia P
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Ada Ely Blau
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 SOLEDAD

DIRECCION. CALLE 15 No.21-60

FECHA. 12-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Hoyt Fonseca Frn GC No. 10.4343939 TEL. 300 765 45 36
DIRECCION DE RESIDENCIA. Don Boso MUNICIPIO. Soledad DEPARTAMENTO. Atlantico
AFILIADO A E.P.S. Coo Salud QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

¿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. _____ 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 _____

Shirley Fonseca Frías
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Olivera Elvira
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 SOLEDAD

DIRECCION. CALLE 15 No.21-60

FECHA. 12-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Urgencia

NOMBRE DEL USUARIO(A). Eloisa Isabel Zambano C.C.No. 32 819148 TEL. _____
DIRECCION DE RESIDENCIA. el 3178 # 150-20 MUNICIPIO. Soledad DEPARTAMENTO. Atlantico
AFILIADO A E.P.S. Coos Salud QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. Urgencia

¿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 _____

Eloisa Zambano
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Eloisa 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. CACR SOLEDAD

DIRECCION. CALLE 15 No.21-60

FECHA. 12-01-2024

AREA DE DONSLUTA EXTERNA:

Urgencia

NOMBRE DEL USUARIO(A). Ylgerel Comargo C.C No. 32141243 TEL. 312 809 5349 - 311 6918902
DIRECCION DE RESIDENCIA. Barra Comuna 1 MUNICIPIO. Siles DEPARTAMENTO. Atlantico
AFILIADO A E.P.S. Coosalud QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

¿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. _____ 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? Muy 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? _____ SUGERENCIAS. Esta atendido en los Pasillos

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. 4 horas 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 RECIBIE? SUGERENCIAS _____

Eduardo Comargo
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Eduardo 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: CACR SOLEDAD

DIRECCION. CALLE 15 No.21-60

FECHA. 12-01-2024

AREA DE DONSLUTA EXTERNA: Soledad

NOMBRE DEL USUARIO(A) Dana Holinares C.C No. 100184050 TEL 300 2924633
DIRECCION DE RESIDENCIA. Cacend MUNICIPIO. Valambo DEPARTAMENTO. Affico
AFILIADO A E.P.S. Coos Salud QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

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

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. _____

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Urgencias

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? Demorado

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? Sola SUGERENCIAS. _____

TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA. Demorada 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 RECIBER? Si SUGERENCIAS _____

Diana Villalobos
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Yosmaris Toscano
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

MIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUSRIOS

SEDE: CACR SOLEDAD

DIRECCION. CALLE 15 No.21-60

FECHA. 12-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Daira Rojas Perez C.C No. 143115492 TEL. 301 553 4141
DIRECCION DE RESIDENCIA. Planencia MUNICIPIO. Soledad DEPARTAMENTO. Atlántico
AFILIADO A E.P.S. Sejoras Pi QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

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

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. _____

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? Urgencias

¿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 _____ DUDOSA PORQUE _____

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

Daira Rojas Perez
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Yasmary Toscano
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

MIT. 901564599-8

FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCION USUARIOS

SEDE: CACR SOLEDAD

DIRECCION. CALLE 15 No.21-60

FECHA. 12-01-2024 AREA DE DONSLUTA EXTERNA: _____

NOMBRE DEL USUARIO(A). Juliette Ospino Pardo C.C No. 1048266469 TEL. 300 9972146
DIRECCION DE RESIDENCIA. Palombó MUNICIPIO. Palombó DEPARTAMENTO. Atlántico
AFILIADO A E.P.S. Mutual Sur QUE MEDIOS UTILIZO PARA PEDIR LA CITA. _____

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

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

QUE OBSTACULOS TUVO PARA ACCEDER AL SITIO DE CONSULTA. _____

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

¿QUE TRAMITES HIZO EN ADMISION? urgencias

¿QUE CONCEPTO TIENE DE LA SALA DE ESPERA? hora 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? Baja SUGERENCIAS. _____

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

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

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

Juliette Ospino
FIRMA DEL(A) ENCUESTADO(A)

Yosmaris Toscano
FIRMA DEL(A) ENCUESTADOR(A)