



Macro proceso	DIRECCIONAMIENTO
Proceso	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CALIDAD
Formato	Encuesta de Satisfacción Consulta Externa

Encuesta de Satisfacción del Paciente

Le invitamos a participar en una encuesta de calidad de la atención brindada en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E., Institución Amiga de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral (IAMII); esta hace parte fundamental de nuestra estrategia institucional de mejoramiento en pro del paciente y su familia. Su participación es voluntaria y no va a afectar su atención:

1. Fecha en la que fue atendido: _____ Servicio: _____

2. Paciente Preferencial: SI ___ NO ___ Cual de los siguientes:

Gestante ___ Niño menor 6 años ___ Discapacidad ___ Adulto Mayor: ___

3. Quién diligencia la encuesta: _____ Edad del paciente: _____

- Paciente
- Familiar o Acompañante

4. Tiempo de espera para ser atendido desde la hora de su cita asignada:

- Menos de 5 Minutos
- 10 Minutos
- Más de 20 Minutos, cuanto: _____

5. Durante esta ocasión que estuvo en Consulta Externa, cómo califica:

<u>PERSONAL ASISTENCIAL</u>	4. Excelente	3. Bueno	2. Regular	1. Malo	No tuvo contacto
Actitud y trato del Profesional que lo atendió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud y trato del Profesional de enfermería (jefe y/o auxiliar que lo atendió)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud y trato del Personal en entrenamiento (Estudiantes e Institutos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La Información sobre su enfermedad y tratamiento fue clara y completa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Durante esta ocasión que estuvo en Consulta Externa, cómo califica:

<u>PERSONAL ADMINISTRATIVO</u>	4. Excelente	3. Bueno	2. Regular	1. Malo	No tuvo contacto
Actitud y trato del Orientador Amigable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud y trato del Personal de Facturación, cajas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud y trato del Personal de seguridad (Vigilancia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Macro proceso DIRECCIONAMIENTO

Proceso SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CALIDAD

Formato Encuesta de Satisfacción Consulta Externa

7. Durante esta ocasión que estuvo en Consulta Externa, cómo califica:

<u>ASEO E INSTALACIONES</u>	4. Excelente	3. Bueno	2. Regular	1. Malo	No tuvo contacto
Actitud y trato del personal de Aseo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpieza y presentación de los consultorios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpieza y presentación de las salas de espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aseo y dotación de los baños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. En relación con los Derechos y Deberes de los pacientes ¿A través de qué medio CONOCIÓ de ellos?a. Afiches b. Folleto c. Personal de Salud

d. Otro, Cual _____

e. No recibí información **9. ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través del Hospital?**

9 a 10: Muy buena	
7 a 8: Buena	
5 a 6: Regular	
3 a 4: Mala	
1 a 2: Muy Mala	
No Sabe	

10. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos este Hospital?

9 a 10: Definitivamente Si	
7 a 8: Probablemente Si	
5 a 6: Probablemente No	
1 a 4: Definitivamente No	
No Sabe	

11. A escuchado de la estrategia de Atención Integral a las madres y los niños (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia; IAMII) en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.:SI NO **Observaciones Generales:**

Gracias por su tiempo.

Nombres y Apellidos: _____ Celular: _____