

## ENCUESTA SOBRE EXPECTATIVAS Y SATISFACCION DE USUARIOS

Señor usuario: para nuestra entidad lo más importante es usted. Sus opiniones son muy valiosas, para poder brindarles un mejor servicio.

Marque con una X las casillas según su elección.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre y Apellidos del afiliado \_\_\_\_\_

EPS \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Procedencia Urbana \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_

### 1. QUE TIPO DE SERVICIO HA UTILIZADO USTED?

Medicina externa \_\_\_\_\_

Auxiliar de Enfermería \_\_\_\_\_

Odontología \_\_\_\_\_

Enfermera de P y P \_\_\_\_\_

Citología \_\_\_\_\_

Nutrición \_\_\_\_\_

Laboratorio \_\_\_\_\_

Admisión \_\_\_\_\_

Oficina SIAU \_\_\_\_\_

Ecografía \_\_\_\_\_

Farmacia \_\_\_\_\_

Vacunación \_\_\_\_\_

Psicología \_\_\_\_\_

### 2. EL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA SU ATENCIÓN MÉDICA FUE:

Menor de 15 minutos \_\_\_\_\_

15 a 30 minutos \_\_\_\_\_

De 30 minutos a 1 hora \_\_\_\_\_

Mas de 1 hora \_\_\_\_\_

### 3. QUE TIEMPO DEMORAN PARA ASIGNAR SU CITA:

Menos de 1 día \_\_\_\_\_

1 día \_\_\_\_\_

de 2 a 3 días \_\_\_\_\_

Más de 3 días \_\_\_\_\_

Cuantos \_\_\_\_\_



4.

Áreas	Recibe trato cordial		Considera usted que fue atendida su necesidad		Como califica la atención				
	SI	NO	SI	NO	Muy Buena	Bueno	Regular	Mala	Muy Mala
RECEPCIÓN:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ENFERMERIA:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
MEDICOS:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ODONTOLOGOS:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
LABORATORIO:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
OFICINA SIAU:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
CITOLOGIA	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
FARMACIA	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
VACUNACIÓN	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ENFERMERA PYP	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
NUTRICIÓN	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PSICOLOGÍA	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

5. ESTAS SATISFECHO CON EL PROCESO DE ASIGANCION DE CITA:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Por que \_\_\_\_\_

6. RESPECTO A LA LIMPIEZA Y ASEO DE LAS INSTALACIONES (salas, consultorios, baños y otros) COMO LO CALIFICAS:

Excelente \_\_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Malo \_\_\_\_\_ No responde \_\_\_\_\_

7. PREFIERE A PARTAR CITA POR:

Teléfono \_\_\_\_\_ Personal \_\_\_\_\_ Ambas: \_\_\_\_\_

Por que \_\_\_\_\_

8. ¿RECOMENDARÍA USTED A SUS FAMILIARES Y AMIGOS ESTA IPS?

- a) Definitivamente no \_\_\_\_\_
- b) Probablemente no \_\_\_\_\_
- c) Probablemente Si \_\_\_\_\_
- d) Definitivamente si \_\_\_\_\_
- e) No informa \_\_\_\_\_

8. USTED CONSIDERA QUE LA IPSI ES:

Excelente \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

Porque \_\_\_\_\_

SUGERENCIAS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL USUARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO SIAU