

 QUIMIOSALUD Programa de Calidad en Salud	Formato ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS		GCM-FR-011-1			
			Vigente desde: 14/09/2020			
			Hoja 1 de 1			
Agencia:		Fecha:				
Nombre:						
EPS:						
Su total satisfacción es nuestro principal objetivo en cada servicio que brindamos. Evalúenos para mejorar.						
1. Califique la atención recibida en los servicios que utilizó: marque con una X						
SERVICIO	Muy Bueno 	Bueno 	Regular 	Malo 	Muy Malo 	NS/NR ?
1,1 Atención al usuario						
1,2 Trabajo Social						
1,3 Consulta especialista						
1,4 Consulta medico General						
1,5 Psicología						
1,6 Nutrición						
1,7 Enfermería						
2. Califique los siguientes aspectos de nuestros servicios y de nuestros funcionarios: marque con una X						
ASPECTOS A EVALUAR	Muy Bueno 	Bueno 	Regular 	Malo 	Muy Malo 	NS/NR ?
2,1 Atención en la sala de espera						
2,2 Tiempo de espera						
2,3 Información del Medico						
2,4 Presentación del Personal						
2,5 Aseo de la instalaciones						
2,6 Información Servicio Farmacéutico						
2,7 Dispensación de medicamentos						
2,8 Educación en salud recibida						
2,9 Trato de funcionarios						
3. En términos generales, cual es su nivel de satisfacción con los servicios recibidos? Marque con una X	Muy Bueno 	Bueno 	Regular 	Malo 	Muy Malo 	NS/NR ?
4. Recomendaria a un familiar o amigo esta IPS? Marque con una X	En definitiva SI 	Es probable que SI 	En definitiva NO 	Es probable que NO 	NS/NR ?	
Si su calificación es regular, malo, muy malo ó no sabe, explique por que?:						

Felicitaciones y Sugerencias:						

Gracias por su opinion, herramienta clave hacia la calidad.						

Señale si es:	Petición	Queja X	Reclamo	Sugerencia	Felicitación
Consecutivo N°:		Fecha de recepción:			
Nombre del Usuario:			Identificación:		
EPS			Agencia:		
Ciudad:			Departamento:		
Teléfono:			Dirección:		
Correo Electrónico					
Nombre de acompañante responsable:			Teléfono:		
Detalle de la petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación					
¿Se adjuntan documentos de la queja?	Si		No		
Lista de documentos que se adjuntan:					
Nombre del funcionario que recibe:					
Firma del usuario o acompañante:					