

ENCUESTA DE SATISFACCION

 UIMIO SALUD	Formulario de ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS				FORMULARIO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS VERSION 2010-01 ANEXO 10-1	
	Título: _____					
	Fecha: _____					
Nombre del paciente: _____						
Edad: _____						
Sexo: _____						
Residencia: _____						
¿Cuál es la satisfacción en su aspecto principal (clínico y en sus servicios) que recibió? Explíqueme por qué.						
1. Califique en términos de calidad en las siguientes áreas (califique por una X)						
SERVICIO	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	NUNCA
1.1 Atención al paciente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.2 Tiempo de espera	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.3 Costo del servicio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.4 Comodidad y privacidad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.5 Personal	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.6 Instalaciones	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.7 Seguridad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Califíque en las siguientes preguntas de acuerdo con la escala de 1 a 5 (califique por una X)						
ASPECTO A EVALUAR	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	NUNCA
2.1 Atención al paciente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.2 Tiempo de espera	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.3 Comodidad del paciente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.4 Personal del personal	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.5 Instalaciones físicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.6 Información del personal	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.7 Disposición de los medicamentos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.8 Seguridad en el área de estudio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.9 Tipo de instalaciones	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. En términos generales, ¿cómo se siente al estar en esta institución (en sus servicios médicos)? Marque con una X	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	NUNCA
4. Reunímonos a un familiar o amigo con el PSP Marcar con una X	si definitivamente	si posiblemente	si definitivamente no	si posiblemente no	no sé	NUNCA
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si su calificación es regular, mala, muy mala o no sabe, explique por qué?						
Observaciones y Sugerencias:						
Gracias por su opinión, Herramienta Clínica Pacífica la agradece.						

BUZON DE SUGERENCIA

**PAGINA WEB**