HOSPITAL SAN ANTONIO
NIT. 890.702.408-3
AMBALEMA – TOLIMA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO
SERVICIO DE HOSPITALIZACION
EVALUACION DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA ESE

Fecha de aplicación 16 Enero 123. Edad 21 Años

No de identificación 1005848420. Entidad de Afiliación Asmet Salud

13.¿Satisfacción con el tiempo de atención en el servicio de Hospitalización?

Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

14.Cómo valora la atención recibida por parte del personal de Hospitalización:

h. Enfermería: Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

i. Médico: Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

j. Facturación: Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

15.¿Fue Clara la información que le brindo el médico y enfermeras sobre su enfermedad, pruebas, procedimientos y cuidados de su salud?

Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

16.¿Cómo valora los siguientes aspectos sobre el servicio de Hospitalización?

g. Equipos e Instrumentos Médicos: Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ]
Mala [ ] Muy Mala [ ]

h. Accesibilidad: Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

i. Limpieza y Orden: Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

17.¿Cómo califica su experiencia Global respecto a los servicios de Salud que ha recibido a través de su IPS?

Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

18.¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?

Definitivamente SI [X] **Probablemente SI** [ ] **Definitivamente NO** [ ] **Probablemente NO** [ ]

OBSERVACIONES: _____

_____

HOSPITAL SAN ANTONIO
NIT. 890.702.408-3
AMBALEMA – TOLIMA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
EVALUACION DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA ESE

Fecha de aplicación 24 Enero '23 Edad 56 Años

No. De identificación 29937562 Entidad Afiliación Nueva EPS

1. ¿Satisfacción con el tiempo de atención en el servicio de Hospitalizacion?

Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

2. Cómo valora la atención recibida por parte del personal de Urgencias:

a. Enfermería: Muy Buena [ ] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

b. Médico: Muy Buena [X] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

c. Facturación: Muy Buena [X] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

3. ¿Fue Clara la información que le brindo el médico y enfermeras sobre su enfermedad, pruebas, procedimientos y cuidados de su salud?

Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

4. ¿Cómo valora los siguientes aspectos sobre el servicio de Hospitalizacion ?

a. Equipos e Instrumentos Médicos: Muy Buena [X] Buena [ ] Regular [ ]

Mala [ ] Muy Mala [ ]

b. Accesibilidad: Muy Buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ] Muy Mala [ ]

c. Limpieza y Orden: Muy Buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ] Muy Mala [ ]

5. ¿Cómo califica su experiencia Global respecto a los servicios de Salud que ha recibido a través de su IPS?

Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ] No Responde [ ]

6. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?

Definitivamente SI [ ] **Probablemente SI** [X] **Definitivamente NO** [ ] **Probablemente NO** [ ]

No responde [ ]

OBSERVACIONES: _____

_____

_____

Sus comentarios son muy importantes.
¡Son nuestra oportunidad de mejorar!

Carrera 5 No. 2-89 Barrio Campo alegre, Telefax: **(098) 2 856 656**

HOSPITAL SAN ANTONIO
NIT. 890.702.408-3
AMBALEMA – TOLIMA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO
SERVICIO DE HOSPITALIZACION
EVALUACION DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA ESE

Fecha de aplicación 27 Enero 23. Edad 23 años

No de identificación 1005777292 Entidad de Afiliación Nueva Eps

13.¿Satisfacción con el tiempo de atención en el servicio de Hospitalización?

Muy Buena [X] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

14.Cómo valora la atención recibida por parte del personal de Hospitalización:

h. Enfermería: Muy Buena [X] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

i. Médico: Muy Buena [X] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

j. Facturación: Muy Buena [X] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

15.¿Fue Clara la información que le brindo el médico y enfermeras sobre su enfermedad, pruebas, procedimientos y cuidados de su salud?

Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

16.¿Cómo valora los siguientes aspectos sobre el servicio de Hospitalización?

g. Equipos e Instrumentos Médicos: Muy Buena [X] Buena [ ] Regular [ ]

Mala [ ] Muy Mala [ ]

h. Accesibilidad: Muy Buena [X] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

i. Limpieza y Orden: Muy Buena [X] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

17.¿Cómo califica su experiencia Global respecto a los servicios de Salud que ha recibido a través de su IPS?

Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

18.¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?

Definitivamente SI [X] **Probablemente SI** [ ] **Definitivamente NO** [ ] **Probablemente NO** [ ]

OBSERVACIONES: _____

_____

_____