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 21 Agosto 2023 Edad 22 Años

No de identificación 1001848368 Entidad de Afiliación Salud total

1. **¿Satisfacción con el tiempo de atención en el servicio de hospitalización?**
   Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]
2. **Cómo valora la atención recibida por parte del personal de hospitalización:**
   a. Facturación: Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]
   b. Medico : Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]
   c. Auxi Enfermería : Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]
3. **¿Fue Clara la información que le brindo El Medico y auxiliar sobre su enfermedad, pruebas, procedimientos y cuidados de su salud?**
   Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] ala [ ] uy Mala [ ]

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

   a. Equipos e Instrumentos Médicos:
   Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]
   b. Accesibilidad: Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]
   c. Limpieza y Orden: Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]

4. **¿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 [ ]
5. **¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?**
   Definitivamente SI [ ] **Probablemente SI** [X] **Definitivamente NO** [ ] **Probablemente NO** [ ]
   NO Responde [ ]

OBSERVACIONES: _____

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 3 de Agosto/23 Edad 57 Años

No de identificación 28 575 900 Entidad de Afiliación Asmets.

1. **¿Satisfacción con el tiempo de atención en el servicio de hospitalización?**
   Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]
2. **Cómo valora la atención recibida por parte del personal de hospitalización:**
   a. Facturación: Muy Buena [ ] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]
   b. Medico : Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]
   c. Auxi Enfermería : Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ] Muy Mala [ ]
3. **¿Fue Clara la información que le brindo El Medico y auxiliar sobre su enfermedad, pruebas, procedimientos y cuidados de su salud?**
   Muy Buena [ ] Buena [X] Regular [ ] ala [ ] uy Mala [ ]

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

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

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

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

4. **¿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 [ ]
5. **¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?**
   Definitivam [ ] **Probablemente SI** [X] **Definitivamente NO** [ ] **Probablemente NO** [ ]
   NO Responde

OBSERVACIONES: _____