



**SU PERCEPCIÓN SOBRE EL SERVICIO PRESTADO ES MUY IMPORTANTE PARA MEJORAR NUESTRA GESTIÓN POR FAVOR SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CONSIDERE PERTINENTE DE ACUERDO CON EL ENUNCIADO**

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

FECHA			PUNTO DE ATENCIÓN	ESE RAFAEL TOVAR POVEDA <input type="checkbox"/>		CENTRO DE SALUD ALBANIA <input type="checkbox"/>	
DD	MM	AAAA		HOSPITAL LOCAL CURILLO <input type="checkbox"/>		CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ <input type="checkbox"/>	
						Fecha de atención	
						DD	MM
						AAAA	
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES	
						LUGAR DE RESIDENCIA:	
Documento de Identidad			RC <input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	EDAD:		
			TI <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	TELÉFONO:		
EPS	ASMET SALUD <input type="checkbox"/>	MEDIMAS <input type="checkbox"/>	COOMEVA <input type="checkbox"/>	NUEVA EPS <input type="checkbox"/>	FAMAC <input type="checkbox"/>	FFMM <input type="checkbox"/>	
POLICIA NACIONAL <input type="checkbox"/>	DESPLAZADO <input type="checkbox"/>	PPNA <input type="checkbox"/>	OTRO: _____ <input type="checkbox"/>				

**2. MARQUE CON UNA X EL SERVICIO QUE USTED UTILIZÓ EN LA IPS**

MEDICINA GENERAL <input type="checkbox"/>	RAYOS X <input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>
MEDICINA ESPECIALIZADA <input type="checkbox"/>	LABORATORIO CLÍNICO <input type="checkbox"/>	PROGRAMAS DE PyP <input type="checkbox"/>
ODONTOLOGÍA <input type="checkbox"/>	URGENCIAS <input type="checkbox"/>	¿CUAL? _____

**3. CALIFIQUE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO UTILIZADO**

Trato que recibió fue:	EXCELENTE <input type="checkbox"/>	BUENO <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MALO <input type="checkbox"/>	¿La información e indicaciones brindadas por el personal fueron claras?	SI	NO
Cómo observó el aseo en general del servicio:	EXCELENTE <input type="checkbox"/>	BUENO <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MALO <input type="checkbox"/>	¿Las instalaciones del servicio utilizado le parecieron cómodas?	SI	NO

**4. ¿CÓMO CALIFICARÍA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVÉS DE SU IPS?**

MUY BUENA <input type="checkbox"/>	BUENA <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MALA <input type="checkbox"/>	MUY MALA <input type="checkbox"/>
No sabe / No responde <input type="checkbox"/>				

**5. ¿RECOMENDARÍA A SUS FAMILIARES Y AMIGOS ESTA IPS?**

Definitivamente SI <input type="checkbox"/>	Probablemente SI <input type="checkbox"/>	Definitivamente NO <input type="checkbox"/>	Probablemente NO <input type="checkbox"/>
No sabe / No responde <input type="checkbox"/>			

**6. CALIFIQUE LA OPORTUNIDAD DEL SERVICIO UTILIZADO**

¿En cuántos días le asignaron la cita que solicitó?				El tiempo que usted esperó para ser atendido por el profesional de la salud fue:					El tiempo que usted esperó para ser atendido en Urgencias fue:			
1 día <input type="checkbox"/>	2 días <input type="checkbox"/>	3 días <input type="checkbox"/>	>3 días <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se atendió en la hora programada	15 min <input type="checkbox"/>	30 min <input type="checkbox"/>	1 hora <input type="checkbox"/>	>1 hora <input type="checkbox"/>	30 min <input type="checkbox"/>	1 hora <input type="checkbox"/>	2 horas <input type="checkbox"/>	>2 horas <input type="checkbox"/>

**7. ¿SE PRESENTARON BARRERAS DE ACCESO EN ESTA IPS?**

Lo atendieron: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Si NO fue atendido qué argumento le dieron para negarle el servicio:
--	-----------------------------	--

¿Desea consignar alguna sugerencia?

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ C.C: \_\_\_\_\_