***ENCUESTA***

***ELABORADO POR: MEDICAL BASES***

# Fecha: / / \_\_

**Razón Social:**

**Nombres y Apellidos:**

1. ¿En su consultorio odontológico, se ha utilizado anteriormente un software para la administración de las historias clínicas y agendamiento de citas?
   1. Si

¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. No

1. ¿Su consultorio odontológico dispone de los equipos informáticos adecuados para la implementación de un software?
   1. Si
   2. No

¿Cuáles?

1. ¿Las historias clínicas de sus pacientes son almacenadas de manera física?
   1. Si
   2. No

¿Como?

1. ¿Usted tendría interacción directa con el software clínico del consultorio odontológico?
   1. Si
   2. No
2. ¿En la actualidad maneja algún tipo de convenio con alguna EPS o caja de compensación familiar?
   1. Si

¿Cuales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. No

1. ¿La empresa o su consultorio odontológico cuenta actualmente con página web?
   1. Si

http: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. No

1. ¿Al momento que el cliente realiza el pago de su consulta o tratamiento odontológico, se maneja algún tipo de formulario?
   1. Si
   2. No
2. ¿Cuenta usted con algún tipo de respaldo/backup de la información e historias clínicas de cada uno de sus pacientes?

* 1. Si

¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. No

1. ¿Al momento de solicitar una cita o un agendamiento para un procedimiento odontológico se le brinda al paciente la opción de escoger que doctor lo va a tratar?

* 1. Si
  2. No

¿Por qué?

1. ¿Maneja algún tipo de método para recordar las citas odontológicas a los pacientes de su consultorio?
   1. Si

¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. No

1. ¿Existe algún beneficio para los pacientes que realizan el pago total de un tratamiento odontológico o para las familias que se realizan un tratamiento odontológico en su consultorio?
   1. Si

¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. No

1. ¿Existe algún tipo de sanción o restricción para los pacientes que no continúan con el tratamiento inicialmente pactado?
   1. Si

¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. No

1. ¿En caso de que se presente alguna eventualidad con los aparatos clínicos que se encuentran en su consultorio; cuenta usted con algún convenio con un consultorio aliado?
   1. Si

¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. No

1. ¿Está familiarizado con los términos informáticos o de software tales como Word, Excel, Pdf, bases de datos, Oracle, php, entre otros?
   1. Si
   2. No

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma encuestador(a)

C.C.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma encuestada(a)

C.C.