	PROCESO	SIAU	Fecha de Emision: Marzo 22 de 2016
	FORMATO	ENCUESTA DE SATISFACION CIRUGIA	Version: 04 Codigo: M3-P11-F01

Estimado Usuario Para Perfect Body Medical Center, sus opiniones y sugerencias son de valiosa importancia para la mejora continua. Permitanos conocer su percepción para la toma de decisiones que nos permita prestarle cada vez, un mejor servicio.

**POR FAVOR, MARQUE CON UNA X SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO:**

MB: Muy Bueno B: Bueno R: Regular M: Malo MM: Muy Malo

MB	B	R	M	MM	DESCRIPCIÓN DEL ESTANDAR
					¿Cómo califica nuestras instalaciones?
					¿Cómo califica el trato recibido por parte del personal Administrativo?
					¿Cómo califica la atención del equipo de enfermeras?
					¿Cómo fue aseo de las instalaciones?
					¿Cómo califica información sobre los procedimientos realizados?
					¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibidos?

¿La fecha de la Programación de su Cirugía se le brindo a Tiempo?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Al programar su cirugía le dieron todas las recomendaciones incluyendo la preparacion previa?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Le Explicaron de manera clara el Consentimiento Informado de la Cirugía, Incluyendo los Riesgos, Consecuencias así como posibles reacciones adversas Propias de la Cirugía? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Al momento de realizarle el Procedimiento Quirurgico, los Medicos, Anestesiologos, Enfermera, Instrumentadora se presentaron y le mencionaron su rol en la Cirugía? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Una vez realizada la Cirugía se le explico de manera clara las precauciones, cuidados Post Quirurgicos y Controles Medicos Necesarios? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Recomendaria a PERFECT BODY MEDICAL CENTER a sus familiares y amigos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Volvería usted a utilizar los servicios de PERFECT BODY MEDICAL CENTER ? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Desearia usted destacar algun funcionario por su Buen o Mal servicio? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre (s): \_\_\_\_\_

¿Está usted satisfecho con nuestro servicio? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

Sugerencias y recomendaciones: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

FECHA DE ENCUESTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTIDAD DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Gracias por aportarnos sus opiniones y sugerencias, son de gran utilidad para lograr nuestro cometido de mejora continua para prestarle un mejor servicio

	PROCESO	SIAU	Fecha de Emision: Marzo 22 de 2016
	FORMATO	ENCUESTA DE SATISFACION CIRUGIA	Version: 04 Codigo: M3-P11-F01

Estimado Usuario Para Perfect Body Medical Center, sus opiniones y sugerencias son de valiosa importancia para la mejora continua. Permitanos conocer su percepción para la toma de decisiones que nos permita prestarle cada vez, un mejor servicio.

**POR FAVOR, MARQUE CON UNA X SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO:**

MB: Muy Bueno B: Bueno R: Regular M: Malo MM: Muy Malo

MB	B	R	M	MM	DESCRIPCIÓN DEL ESTANDAR
					¿Cómo califica nuestras instalaciones?
					¿Cómo califica el trato recibido por parte del personal Administrativo?
					¿Cómo califica la atención del equipo de enfermeras?
					¿Cómo fue aseo de las instalaciones?
					¿Cómo califica información sobre los procedimientos realizados?
					¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibidos?

¿La fecha de la Programación de su Cirugía se le brindo de manera a Tiempo?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Al programar su cirugía le dieron todas las recomendaciones incluyendo la preparacion previa?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Le Explicaron de manera clara el Consentimiento Informado de la Cirugía, Incluyendo los Riesgos, Consecuencias así como posibles reacciones adversas Propias de la Cirugía? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Al momento de realizarle el Procedimiento Quirurgico, los Medicos, Anestesiologos, Enfermera, Instrumentadora se presentaron y le mencionaron su rol en la Cirugía? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Una vez realizada la Cirugía se le explico de manera clara las precauciones, cuidados Post Quirurgicos y Controles Medicos Necesarios? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Recomendaria a PERFECT BODY MEDICAL CENTER sus familiares y amigos Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Volvería usted a utilizar los servicios de PERFECT BODY MEDICAL CENTER Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Desearia usted destacar algun funcionario por su Buen o Mal servicio? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre (s): \_\_\_\_\_

¿Está usted satisfecho con nuestros servicios? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

Sugerencias y recomendaciones: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_


CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

FECHA DE ENCUESTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTIDAD DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Gracias por aportarnos sus opiniones y sugerencias, son de gran utilidad para lograr nuestro cometido de mejora continua para prestarle un mejor servicio



	PROCESO	SIAU	Fecha de Emision: Abril 07 de 2016
	FORMATO	RECOLECCION DE QUEJA	Version: 01
			Codigo: M3-P11-F02
			Pagina 1 de 1

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

FECHA DE QUEJA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_


ENTIDAD \_\_\_\_\_

Servicio	Hospitalizacion	<input type="checkbox"/>
	UCI	<input type="checkbox"/>
	Cirugia	<input type="checkbox"/>
	Consulta Prioritaria	<input type="checkbox"/>
	Sala de Procedimientos	<input type="checkbox"/>

Su opinion es muy importante para nosotros; para realizar su queja tenga en cuenta los Siguietes aspectos:  
i. Dirijase en tono respetuoso, ii. Sea lo mas preciso en la informacion, incluya fecha, hora, funcionarios involucrados (si aplica), iii. Aportes pruebas (si las tiene), como fotos, documentos, o cualquier tipo de evidencia que usted considere que pueda respaldar lo descrito, iv. La queja puede ser realizada de manera anonima, pero si diligencia los campos de informacion personal, nos permitira brindar una respuesta pertinente y oportuna a su solicitud

RELATE SU QUEJA

Gracias por su aporte, es de gran utilidad para nuestro mejoramiento continuo, una vez analizada la informacion anterior un funcionario de Atencion al Usuario se comunicara con usted para brindar respuesta a la Queja realizada.

	PROCESO	SIAU	Fecha de Emision: Abril 07 de 2016
	FORMATO	RECOLECCION DE QUEJA	Version: 01
			Codigo: M3-P11-F02
			Pagina 1 de 1

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

FECHA DE QUEJA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_

ENTIDAD \_\_\_\_\_

Servicio	Hospitalizacion	<input type="checkbox"/>
	UCI	<input type="checkbox"/>
	Cirugia	<input type="checkbox"/>
	Consulta Prioritaria	<input type="checkbox"/>
	Sala de Procedimientos	<input type="checkbox"/>

Su opinion es muy importante para nosotros; para realizar su queja tenga en cuenta los Siguietes aspectos:  
i. Dirijase en tono respetuoso, ii. Sea lo mas preciso en la informacion, incluya fecha, hora, funcionarios involucrados (si aplica), iii. Aportes pruebas (si las tiene), como fotos, documentos, o cualquier tipo de evidencia que usted considere que pueda respaldar lo descrito, iv. La queja puede ser realizada de manera anonima, pero si diligencia los campos de informacion personal, nos permitira brindar una respuesta pertinente y oportuna a su solicitud

RELATE SU QUEJA

Gracias por su aporte, es de gran utilidad para nuestro mejoramiento continuo, una vez analizada la informacion anterior un funcionario de Atencion al Usuario se comunicara con usted para brindar respuesta a la Queja realizada.