
	PROCESO	SIAU	Fecha de Emision: Febrero 11 de 2020
			Version: 01
	FORMATO	RECOLECCION DE QUEJA	Codigo: M3-P11-F02
			Página 1 de 1

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	<div>Servicio</div>	Hospitalizacion	<input type="checkbox"/>
CORREO ELECTRONICO: _____		UCI	<input type="checkbox"/>
FECHA DE QUEJA: ____/____/____		Cirugia	<input type="checkbox"/>
TELEFONO: _____		Consulta Prioritaria	<input type="checkbox"/>
CELULAR _____		Sala de Procedimientos	<input type="checkbox"/>
ENTIDAD _____			

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: Febrero 11 de 2020
			Version: 01
	FORMATO	RECOLECCION DE QUEJA	Codigo: M3-P11-F02
			Página 1 de 1

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	<div>Servicio</div>	Hospitalizacion	<input type="checkbox"/>
CORREO ELECTRONICO: _____		UCI	<input type="checkbox"/>
FECHA DE QUEJA: ____/____/____		Cirugia	<input type="checkbox"/>
TELEFONO: _____		Consulta Prioritaria	<input type="checkbox"/>
CELULAR _____		Sala de Procedimientos	<input type="checkbox"/>
ENTIDAD _____			

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: Febrero 11 de 2020
			Version: 04
	FORMATO	ENCUESTA SATISFACION CONSULTA PRIORITARIA	Codigo: M3-P11-F01
			Pagina 1 de 1

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 Apoyos Diagnosticos * ?
					¿Cómo califica la atención durante el traslado asistencial (ambulancia)?
					¿Cómo fue la información que recibió de normas y servicios?
					¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibidos?

¿La Atencion Medica fue realizada a Tiempo? Si_____ No_____

¿Por qué? _____

¿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 a algun funcionario por su buen servicio? Si_____ No_____

Nombre: _____

¿Desearia usted destacar a algun funcionario por su mal servicio? Si_____ No_____

Nombre: _____

¿Está usted satisfecho con nuestro servicio? Si_____ No_____


¿Por qué? _____

Sugerencias y recomendaciones: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	TELEFONO: _____
CORREO ELECTRONICO: _____	CELULAR _____
FECHA DE ENCUESTA: ____/____/____	NUMERO DE HABITACION: _____
ENTIDAD DEL PACIENTE _____	

* Apoyos Diagnosticos se refiere a la realizacion de Examenes complementarios como: Rayos X, Tomografias, Ecografias, Laboratorios, entre otros.

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: Febrero 11 de 2020
			Version: 04
	FORMATO	ENCUESTA SATISFACION CONSULTA PRIORITARIA	Codigo: M3-P11-F01
			Pagina 1 de 1

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 Apoyos Diagnosticos * ?
					¿Cómo califica la atención durante el traslado asistencial (ambulancia)?
					¿Cómo fue la información que recibió de normas y servicios?
					¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibidos?

¿La Atencion Medica fue realizada a Tiempo? Si_____ No_____

¿Por qué? _____

¿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 a algun funcionario por su buen servicio? Si_____ No_____

Nombre: _____

¿Desearia usted destacar a algun funcionario por su mal servicio? Si_____ No_____

Nombre: _____

¿Está usted satisfecho con nuestros servicios? Si_____ No_____

¿Por qué? _____

Sugerencias y recomendac _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	TELEFONO: _____
CORREO ELECTRONICO: _____	CELULAR _____
FECHA DE ENCUESTA: ____/____/____	NUMERO DE HABITACION: _____
ENTIDAD DEL PACIENTE _____	

* Apoyos Diagnosticos se refiere a la realizacion de Examenes complementarios como: Rayos X, Tomografias, Ecografias, Laboratorios, entre otros.

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