0	PROCESO	SIAU	Fecha de Emision: Marzo 22 de 2016
Perfect Body	FORMATO	ENCUESTA DE SATISFACION	Version: 04
,	FORIVIATO	CIRUGIA	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: M	luy Bu	eno	B: Bi	ueno	R: Regular	M: Malo	MM: I	Muy Malo	
MB	В	R	M.	MM		DESCRIPCI	ÓN DEL ESTAI	IDAR	
					¿Cómo califica nue				
			į	1	¿Cómo califica el t	rato recibido p	or parte del pers	onal Admi	inistrativo?
			1		¿Cómo califica la a	atención del eq	uipo de enferme	ras?	
					¿Cómo fue aseo d	e las instalacio	nes?		
			1		¿Cómo califica info	ormación sobre	los procedimier	ntos realiza	ados?
			4		¿Cómo fue la expe	riencia global	respecto a los se	ervicios re	cibidos?
La fe	cha de	la Prog	ramaçi	on de	su Cirugia se le brin	do a Tiempo?			
Si									
			į						
			15						
AI pro	ogram	ar su cir	ugia le	dieron	todas las recomend	laciones incluy	endo la prepara	cion previa	a?
Si		No	Porq	ué?					
					Consentimiento Info				
Jonse	cuenc	ias asi c	omo po	osidies	reacciones adversa	is Propias de la	a Cirugia? Si	N	0
: Al m	oment	do roa	lizarla e	l Proce	edimiento Quirurgico	n loe Medicoe	Anastasiologos	Enforme	ra
					le mencionaron su				
			8	,					
					e explico de manera		auciones, cuidad	os Post Q	uirurgicos y
Contro	oles Me	edicos N	ecesar	ios? S	NO	_			
_	2							0.	
					Y MEDICAL CENT				_ No
Porq	ué?_								
			e	010024E79*0	: 4- DEDEEOT D	ODV MEDIOA	CENTEDO	0:	NI.
-					ios de PERFECT B			Si	No
Porq	lue?_								
¿Dese	aria u	sted des	tacar a	lgun fu	ncionario por su Bu	en o Mal servic	io?	Si	No
Nombr	re (s):_								
F-14		4:-61			0			C	Ma
-					o servicio?			Si	No
¿Por q	lue?_								
Sugar	ancias	y recom	endaci	ones.					
Sugere	encias	y recon	lenuaci	ones.					
							TELEFONIC		
CORRE	O ELE	CTRONIC	CO:		,		CELULAR		
ECHA	DE EN	ICUESTA	·:/		<i></i>				
ENTI	DAD D	EL PACI	ENTE						
				ıs opin	iones v sugerencias	. son de gran i	utilidad para loor	ar nuestro	cometido o

mejora continua para prestarle un mejor servicio

0	PROCESO	SIAU	Fecha de Emision: Marzo 22 de 2016
C Perfect Body	FORMATO	ENCUESTA DE SATISFACION	Version: 04
	TOMMATO	CIRUGIA	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:

M: Malo

MM: Muy Malo

R: Regular

MB: Muy Bueno

B: Bueno

Cómo califica la atención del equipo de enfermeras?  ¿Cómo fue aseo de las instalaciones?  ¿Cómo fue aseo de las instalaciones?  ¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibic  ¿La fecha de la Programacion de su Cirugia se le brindo de manera a Tiempo?  SI	¿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 fue aseo de las instalaciones? ¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibidos? rogramacion de su Cirugia se le brindo de manera a Tiempo? No ¿Por qué?
¿Cómo califica la atención del equipo de enfermeras? ¿Cómo fue aseo de las instalaciones? ¿Cómo fue aseo de las instalaciones? ¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibic ¿La fecha de la Programacion de su Cirugia se le brindo de manera a Tiempo? SI	¿Cómo califica la atención del equipo de enfermeras? ¿Cómo fue aseo de las instalaciones? ¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibidos? rogramacion de su Cirugia se le brindo de manera a Tiempo? No¿Por qué?
Cómo fue aseo de las instalaciones?  ¿Cómo fue aseo de las instalaciones? ¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibio ¿La fecha de la Programacion de su Cirugia se le brindo de manera a Tiempo?  Si No ¿Por qué?	¿Cómo fue aseo de las instalaciones? ¿Cómo califica información sobre los procedimientos realizados? ¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibidos? rogramacion de su Cirugia se le brindo de manera a Tiempo? No ¿Por qué?
¿Cómo califica información sobre los procedimientos realizado. ¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibio ¿La fecha de la Programacion de su Cirugia se le brindo de manera a Tiempo?  Si	¿Cómo califica información sobre los procedimientos realizados? ¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibidos?  rogramacion de su Cirugia se le brindo de manera a Tiempo?  No ¿Por qué?
La fecha de la Programacion de su Cirugia se le brindo de manera a Tiempo?    No	¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibidos?  rogramacion de su Cirugia se le brindo de manera a Tiempo?  No ¿Por qué?
La fecha de la Programacion de su Cirugia se le brindo de manera a Tiempo?    No	rogramacion de su Cirugia se le brindo de manera a Tiempo?  No; Por qué?
No ¿Por qué?	cirugia le dieron todas las recomendaciones incluyendo la preparacion previa?  No
No	manera clara el Consentimiento Informado de la Cirugia, Incluyendo los Riesgos, Consecuencias reacciones adversas Propias de la Cirugia? SI NO ealizarle el Procedimiento Quirurgico, los Medicos, Anestesiologos, Enfermera, Instrumendadora se nencionaron su rol en la Cirugia? SI NO a la Cirugia se le explico de manera clara las precauciones, cuidados Post Quirurgicos y Controles os? SI NO  PERFECT BODY MEDICAL CENTER sus familiares y amigc Si No  utilizar los servicios de PERFECT BODY, MEDICAL CENTER Si No
All momento de realizarle el Procedimiento Quirurgico, los Medicos, Anestesiologos, Enfermera, Instrumento presentaron y le mencionaron su rol en la Cirugia? SI NO  ¿Una vez realizada la Cirugia se le explico de manera clara las precauciones, cuidados Post Quirurgicos y C Medicos Necesarios? SI NO  ¿Recomendaria a PERFECT BODY MEDICAL CENTER sus familiares y amigc 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  ¿Está usted satisfecho con nuestros servicios? / Si No	reacciones adversas Propias de la Cirugia? SI NO ealizarle el Procedimiento Quirurgico, los Medicos, Anestesiologos, Enfermera, Instrumendadora se nencionaron su rol en la Cirugia? SI NO la la Cirugia se le explico de manera clara las precauciones, cuidados Post Quirurgicos y Controles os? SI NO  PERFECT BODY MEDICAL CENTER sus familiares y amigc Si No  utilizar los servicios de PERFECT BODY, MEDICAL CENTER 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?	utilizar los servicios de PERFECT BODY, MEDICAL CENTEF 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?	lestacar algun funcionario por su Buen o Mal servicio? Si No
¿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 (s): ¿Está usted satisfecho con nuestros servicios? ´ Si No ¿Por qué?	
¿Por qué?	
Sugerencias y recomendaciones:	
-	omendaciones:
NOMBRE DEL PACIENTE:TELEFONO:	CIENTE: TELEFONO:
CORREO ELECTRONICO: CELULAR	NICO: CELULAR
FECHA DE ENCUESTA: //_	STA: / /

continua para prestarle un mejor servicio

Phonfort Body	PROCESO	SIAU	Fecha de Emision: Abril 07 de 2016 Version: 01	PROCE	SO
TPerfect Body —	FORMATO	RECOLECCION DE QUEJA	Codigo: M3-P11-F02 Pagina 1 de 1	Perfect Body FORMA	ιΤΟ
NOMBRE DEL PACIENTE CORREO ELECTRONICO FECHA DE QUEJA:/ TELEFONO: CELULAR ENTIDAD	);	Hospitalizacio U Cirug Consulta Prioritar Sala de Procedimiento	CI la	NOMBRE DEL PACIENTE:  CORREO ELECTRONICO:  FECHA DE QUEJA:/	
<ul> <li>Dirijase en tono respetuo aplica), iii. Aportes pruebas pueda respaldar lo descrito</li> </ul>	so, ii. Sea lo mas preciso en s (si las tiene), como fotos, do o, iv. La queja puede ser realia	ar su queja tenga en cuenta los Siguientes la informacion, incluya fecha, hora, funciona cumentos, o cualquier tipo de evidencia que zada de manera anonima, pero si diligencia ta pertinente y oportuna a su solicitud	arios involucrados (si e usted considere que	Su opinion es muy importante para nosotro i. Dirijase en tono respetuoso, ii. Sea lo ma aplica), iii. Aportes pruebas (si considere que pueda respaldar lo descrito, de informacion personal, nos permitira brin	s pred las tie iv. La
	RELA	TE SU QUEJA			
			9.00		
			1		

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	SI	AU	Fecha de Emision Abril 07 de 2010
Page in				Version: 0
Perfect Body	FORWING.			Codigo: M3-P11-F0
	FORMATO	RECOLECCIO	ON DE QUEJA	Pagina 1 de
NOMBRE DEL PACIENTE:			Hospitalizacion	
CORREO ELECTRONICO: _			ucı	
FECHA DE QUEJA:/_		Servicio	Cirugia	
TELEFONO:		8	Consulta Prioritaria	
CELULAR			Sala de Procedimientos	
entidad				
	F	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.