Perfect Body	PROCESO	SIAU	Fecha de Emision: Febrero 11 de 2020
			Version: 04
Lettert Dank	FORMATO	ENCUESTA DE SATISFACION	Codigo: M3-P11-F01
	TORIVIATO	HOSPITALIZACION	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:

ſΒ	В	R	М	MM	DESCRIPCIÓN DEL ESTANDAR		
					¿Cómo califica nuestras instalaciones?		
					¿Cómo califica el trato recibido por parte del personal?		
					¿Cómo califica la atención del equipo de enfermeras?		
					¿Cómo fue aseo de las instalaciones?		
					¿Cómo califica información sobre los procedimientos realizados	?	
					¿Cómo califica la atención durante el traslado asistencial (ambu	ılancia)?	
					¿Cómo calificaría usted la comida?		
					¿Cómo fue la información que recibió de normas y servicios?		
					¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibio	los?	
:Los	contr	nles r	médic	ns se r	realizaron a Tiempo?	Si	No_
-					Canzaron a Hompo		
-					T BODY MEDICAL CENTER a sus familiares y amigos?	Si	No_
.,,	oría i	ısted	a util	izar los	servicios de PERFECT BODY MEDICAL CENTER ?	Q;	NI-
-							NO_
¿Por	qué?_						
¿Por	qué?_ earia	usted	d desi	acar a			No_
¿Por ¿Des	qué?_ earia ore:	usted	d desi	acar a	algun funcionario por su buen servicio?	Si	No_
¿Por ¿Des Nomb	qué?_ earia ore: earia	usted	d desi	acar a	algun funcionario por su buen servicio?	Si	
¿Por ¿Des Nomb ¿Des Nomb	earia ore: earia ore: uste	usted usted	d desi	acar a	algun funcionario por su buen servicio? algun funcionario por su mal servicio?	Si	No_
¿Por ¿Des Nomb ¿Des Nomb ¿Está ¿Por	earia earia earia ore: ore:_ uste qué?_	usted usted	d desi	acar a	algun funcionario por su buen servicio? algun funcionario por su mal servicio? nuestro servicio?	Si	No_
¿Por ¿Des Nomb ¿Des Nomb ¿Está ¿Por	earia ore: earia ore: uste qué?_ rencia	usted usted d sati	d dest	acar a acar a ao con r	algun funcionario por su buen servicio? algun funcionario por su mal servicio? nuestro servicio? ones:	Si	No_
¿Por ¿Des Nomb ¿Des Nomb ¿Está ¿Por Suge	qué?earia ore:earia ore: uste qué?erencia	usted usted d sati	d desi	acar a	algun funcionario por su buen servicio? algun funcionario por su mal servicio? nuestro servicio?	Si	No_

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

Perfect Body	PROCESO	SIAU	Fecha de Emision: Febrero 11 de 2020
			Version: 04
	FORMATO	ENCUESTA DE SATISFACION	Codigo: M3-P11-F01
		HOSPITALIZACION	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		ueno		D. D.	eno R: Regular M: Malo MM: Muy Malo		
	В	R	М	MM	DESCRIPCIÓN DEL ESTANDAR		
					¿Cómo califica nuestras instalaciones?		
					¿Cómo califica el trato recibido por parte del personal?		
					¿Cómo califica la atención del equipo de enfermeras?		
					¿Cómo fue aseo de las instalaciones?		
					¿Cómo califica información sobre los procedimientos realizados?		
					¿Cómo califica la atención durante el traslado asistencial (ambulancia	a)?	
					¿Cómo calificaría usted la comida?		
					¿Cómo fue la información que recibió de normas y servicios?		
					¿Cómo fue la experiencia global respecto a los servicios recibidos?		
_					realizaron a Tiempo?	Si	No
,Por	qué?_						
. D.a.		dorio	- DE	DEEC.	T DODY MEDICAL CENTED and familiares y amiras?	C:	No
					T BODY MEDICAL CENTER sus familiares y amigos?	SI	NO
POI	que :_						
: Volv	ería II	hateı	a util	zar loe	servicios de PERFECT BODY MEDICAL CENTER ?	Si	No
•							140
, - 01	que:_						
; Des	earia ı	uster	l dest	acar a	algun funcionario por su buen servicio?	Si	No
,003	cana	usicc	ucsi	acai a	alguir funcionano por su buerr servicio:	01	140
Nomb	ore:						
						Si.	No.
					algun funcionario por su mal servicio?	Si	No
¿Des	earia ı	usted	l dest	acar a		Si	No
¿Des	earia ı	usted	l dest	acar a	algun funcionario por su mal servicio?	Si	No
,Des	earia u	usted	l dest	acar a	algun funcionario por su mal servicio?		
;Des Nomb	earia uore:	usted	I dest	acar a	algun funcionario por su mal servicio? nuestros servicios?		
¿Des Nomb	earia uore:	usted	I dest	acar a	algun funcionario por su mal servicio?		
;Des Nomb ;Está ;Por	earia uore: á usted qué?_	usted	I dest	acar a	algun funcionario por su mal servicio? nuestros servicios?	Si	
¿Des Nomb ¿Está ¿Por	earia uore: á usted qué?_	usted	I dest	acar a	algun funcionario por su mal servicio? nuestros servicios?	Si	No No
¿Des Nomb ¿Está ¿Por	earia uore: á usted qué?_	usted	I dest	acar a	algun funcionario por su mal servicio? nuestros servicios?	Si	
¿Des Nomb ¿Está ¿Por Suge	earia ustec qué?_ rencias	d sati	sfech	acar a	algun funcionario por su mal servicio? nuestros servicios?	Si	No
¿Des Nomb ¿Está ¿Por Suge	earia uore: á usted qué? rencias	d sati	sfech	o con rendacion	algun funcionario por su mal servicio? nuestros servicios? TELEFONO:	Si	No
¿Des Nomb ¿Está ¿Por Suge	earia uore: á usted qué? rencias BRE D	d sati	sfech	o con rendacio	algun funcionario por su mal servicio? nuestros servicios?	Si	No

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

CORREO ELECTRONIO	FORMATO	RECO	LECCION DE QUEJA	Codigo: M3-P11-F02 Pagina 1 de 1
CORREO ELECTRONIO		RECO	LECCION DE QUEJA	Pagina 1 de 1
CORREO ELECTRONIO	NTE:			
			Hospitalizacio	n
FECHA DE QUEJA:	0:	<u>.o</u>	UC	
	_/	Servicio	Cirugi	a
TELEFONO:		Š	Consulta Prioritari	a
CELULAR			Sala de Procedimiento	s
ENTIDAD				
cualquier tipo de ev realizada de maner	crados (si aplica), iii. Aport videncia que usted conside a anonima, pero si diligeno sta pertinente y oportuna	re que puec cia los camp	la respaldar lo descrito, os de informacion perso	, iv. La queja puede ser
	RE	LATE SU QUI	EJA	

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
Donfort Dody				Version: 01
Perfect Body	50011170			Codigo: M3-P11-F02
	FORMATO	RECOLE	CCION DE QUEJA	Pagina 1 de 1
NOMBRE DEL PACIENTE: _			Hospitalizacion	
CORREO ELECTRONICO:			UCI	
FECHA DE QUEJA: /	/	Servicio	Cirugia	
TELEFONO:		S	Consulta Prioritaria	
CELULAR			Sala de Procedimientos	
ENTIDAD				
funcionarios involucrado cualquier tipo de eviden	os (si aplica), iii. cia que usted co onima, pero si dil	Aportes pruebas nsidere que pued ligencia los campo	ciso en la informacion, inc (si las tiene), como fotos, a respaldar lo descrito, iv. os de informacion persona	documentos, o La queja puede ser
		RELATE SU QU	EJA	

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.