

	<b>MEINTEGRAL S.A.S</b>		Código: M-IAU-FT-ESSA-TV-16	
	<b>FORMATO</b>		Versión: 2.0	Año: 2024
	<b>ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		Página : 1 de 1	

  

SERVICIOS DE INTERNACIÓN					
Fecha: Día: ____ Mes: ____ Año: ____		Edad: ____		Víctima de conflicto SI NO / Discapacidad NO SI ¿Cuál?	
Sexo Biológico: H ____ M ____ Indeterminado ____		Identidad género: M ____ F ____ Transgénero ____ Neutro ____ No declara ____			
Adulto mayor ( ) Grupo étnico indígena ( ) Grupo étnico afrocolombiano ( ) Población LGBTIQ ( ) Ciudadanía general ( )					
Señor Usuario Marque con una X el servicio en el cual fue atendido:					
Servicio: Laboratorio Clínico ____		Servicio: Imágenes diagnósticas ____		Servicio: Diagnóstico vascular ____	
Servicio: Consulta Externa ____		Especialidad: ____			
Estimado usuario, es de vital importancia para nosotros conocer la opinión que usted pueda tener de nuestros servicios, a continuación usted encontrará una serie de preguntas, por lo cual le solicitamos diligenciar la siguiente encuesta.					
Marque X en la respuesta que considera para cada pregunta. Favor responder todas las preguntas.					

  

PREGUNTAS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS					
PREGUNTAS	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	No Informa
¿El personal que lo atendió se presentó por su nombre y fue amable?					
¿Se dio una relación respecto entre el usuario y el personal de salud?					
¿Se le brindó información de manera oportuna y clara con relación al estado de salud del paciente?					
¿Le permitieron expresar dudas frente al procedimiento?					
PREGUNTAS	SI		NO		No Informa
¿Le orientaron los trámites a seguir para continuar con el tratamiento?					
¿Recibió usted información acerca de sus deberes y derechos como usuarios?					
PREGUNTAS	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	No Informa
¿Considera que el aseo y la limpieza de las instalaciones son adecuadas?					

  

PREGUNTAS EXCLUSIVAS DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS					
PREGUNTAS	SI	NO		No Informa	
¿Sabe cómo solicitar una cita con el médico especialista y/o profesional de la salud que requiere y en qué horarios realizarla?					
¿Sabe usted qué documentos debe presentar para solicitar el servicio y si requiere preparación?					
PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	No Informa
La puntualidad y oportunidad de la atención en los servicios ambulatorios fue:					
PREGUNTAS	SI	NO		No Informa	
¿Le dieron recomendaciones sobre cómo cuidar su salud?					

  

PREGUNTAS PARA EVALUAR LA EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN						
PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	No Informa
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de Meintegral?						
PREGUNTAS	Definitivamente SI	Probablemente SI	Probablemente NO	Definitivamente NO	No Informa	
¿Recomendaría a familiares y amigos esta IPS?						

  

Nota: Señor Usuario recuerde que uno de sus derechos es recibir una atención integral, por tal motivo, lo invito a hacer uso del **Buzón de Sugerencias** en caso de presentar quejas, sugerencias o alguna felicitación con el servicio prestado en nuestras instalaciones.

<b>Elaborado por</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Profesionales SIAU	Coordinadora SIAU	Coordinadora nacional de calidad