

	MEINTEGRAL S.A.S		Código: M-IAU-FT-ESSI-TV-9		
	FORMATO		Versión: 2.0	Año: 2023	
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS SERVICIOS DE INTERNACIÓN		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 indígenas () Grupo étnico afrocolombianos () Población LGBTIQ () Ciudadanía general ()					
Señor Usuario Marque con una X el servicio en el cual fue atendido:					
Servicio: Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico ____		Servicio: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal ____			
Servicio: Hospitalización ____		Servicio: Unidad de Cuidado Intensivo Adulto ____			
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.					
EFECTIVIDAD					
PREGUNTAS	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	No Informa
1. ¿Se le brindó información de manera oportuna y clara con relación al estado de salud del paciente?					
2. ¿Le permitieron expresar dudas frente a los exámenes y tratamiento del paciente?					
3. ¿El personal médico tomó a consideración su opinión cuando el paciente lo requirió?					
4. ¿Recibió las indicaciones necesarias por parte del personal médico, enfermería y administrativo cuando ingresó a la entidad?					
5. ¿Considera que las capacitaciones recibidas fueron útiles durante el tiempo de estancia hospitalaria con su familiar?					
6. ¿Le orientaron los trámites a seguir para continuar con el tratamiento?	SI		NO		No Informa
SEGURIDAD					
7. ¿Recibió instrucción sobre el manejo de residuos (canecas)?	SI		NO		No Informa
8. ¿Considera que el aseo y la limpieza de las instalaciones son adecuadas?	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	No Informa
9. ¿El espacio donde se encuentra el paciente maneja control de ruido y fue el adecuado para el manejo de su enfermedad?					
EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN					
10. ¿El personal que lo atendió se presentó por su nombre y fue amable?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	No Informa
11. ¿Se le brindó el acompañamiento necesario por parte del área de atención al usuario durante la estancia hospitalaria?					
12. ¿Se dio una relación respecto entre el usuario y el personal de salud?					
13. ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?					
14. ¿La claridad en la información brindada por el personal asistencial fue?	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	No Informa
15. ¿Recibió usted información acerca de sus deberes y derechos como usuarios?	SI		NO		No Informa
16. ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de Meintegral?					
17. ¿Recomendaría a familiares y amigos esta IPS?	Definitivamente SI	Probablemente SI	Probablemente NO	Definitivamente NO	No Informa
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.					
Elaborado por		Revisado por:		Aprobado por:	
Profesionales SIAU		Coordinador de calidad		Coordinador de calidad nacional	