

ANEXO AB.1
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN - ATENCIÓN EN CIRUGÍA

F DM SIAU-02. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN - ATENCIÓN EN CIRUGÍA



Deseamos conocer su punto de vista sobre la atención que le hemos dado en nuestra institución.
El objetivo es saber, con su ayuda, cómo podemos mejorar la calidad del servicio que prestamos.
Por ello le agradecemos responder las preguntas contenidas en este cuestionario.
Al contestar, piense por favor, en la asistencia que usted o su familiar ha recibido en esta ocasión.

1. Cuánto tiempo ha tenido que esperar:

Muchísimo Mucho Regular Poco Muy poco

<input type="checkbox"/> Para programar la cirugía, desde la autorización por parte de la EPS o ARP
<input type="checkbox"/> Para ser operado, desde la programación
<input type="checkbox"/> Para entrar a cirugía, el día de la intervención

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Califique los siguientes criterios:

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

Por qué?

<input type="checkbox"/> ¿Considera usted que las instrucciones otorgadas por los funcionarios de la institución fueron claras, precisas y entendidas de acuerdo a su necesidad?
<input type="checkbox"/> ¿Cree usted que las instalaciones físicas y el personal de OMIMED le brindan confianza y seguridad?
<input type="checkbox"/> ¿De acuerdo a su percepción, en OMIMED utilizaron los métodos más adecuados para el manejo de su cirugía?
<input type="checkbox"/> ¿Las actividades realizadas por los funcionarios de OMIMED en la atención de su cirugía, fueron lógicas y adecuadas?
<input type="checkbox"/> ¿Le comunicaron sus derechos y deberes como paciente en la Clínica de Ortopedia OMIMED?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Califique los siguientes aspectos teniendo en cuenta una escala de 0 a 10 donde 0 es la más baja y 10 la más alta.

Calificación

Calificación

Trámites para su acceso al servicio de cirugía de la clínica	
Satisfacción General	
Vigilante	
Recepcionista	

Secretaria	
Enfermera	
Médico (a) Especialista	
Médico Anestesiólogo	
Instrumentadora	

4. ¿Piensa que OMIMED con su servicio, personal e instalaciones, pudo hacer algo más para mejorar su experiencia en la institución?

Fecha: _____

¿Quién respondió la encuesta?

Familiar _____ Paciente _____