

## **ANEXO AB.2**

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN - CONSULTA ESPECIALIZADA**

## OD DM SIAU-03. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN - CONSULTA ESPECIALIZADA



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*

Para programar la consulta, desde la autorización por parte de la EPS o ARP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para ser atendido, desde la programación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para entrar a consulta (en sala de espera)	<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?*

¿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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cree usted que las instalaciones físicas y el personal de OMIMED le brindan confianza y seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿De acuerdo a su percepción, en OMIMED utilizaron los métodos más adecuados para el manejo de su enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Las actividades realizadas por los funcionarios de OMIMED en la atención de su enfermedad fueron lógicas y adecuadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	

3. Califique los siguientes criterios 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 consulta de la clínica		Recepcionista	
Satisfacción General		Secretaria	
Vigilante		Médico (a) Especialista	
		Caja	

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 \_\_\_\_\_