

**ANEXO AB.3**  
**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN - FISIOTERAPIA**

## F DM SIAU-04. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN - FISIOTERAPIA



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. Según aplique, ¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar:

*Muchísimo Mucho Regular Poco Muy poco*

☛ Para obtener su primera sesión de terapia, 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 la confirmación de su primera terapia (cuando el personal de OMIMED se compromete a pedir la autorización a su entidad de salud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☛ Para entrar a la terapia (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 aspectos teniendo en cuenta una escala de 0 a 10 donde 0 es la más baja y 10 la más alta.

	Calificación
Trámites para su acceso al servicio de consulta de la clínica	
Satisfacción General	
Vigilante	

	Calificación
Recepcionista	
Secretaria	
Fisioterapeuta	
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 \_\_\_\_\_