

## Encuesta de satisfacción del paciente de Urgencias del E.S.E. Hospital De La Vega

Fecha: \_\_\_\_\_ Turno: Matutino\_\_\_ Vespertino\_\_\_ Nocturno\_\_\_

Nombre (opcional): \_\_\_\_\_

Médico que lo atendió (opcional): \_\_\_\_\_

ESTIMADO USUARIO: con la finalidad de mejorar la calidad de atención prestada en el área de urgencias del hospital, le solicitamos respetuosamente nos responda la siguiente encuesta. Por favor tenga encuesta que su participación es voluntaria y las respuestas son confidenciales. Agradecemos su comprensión.

**INSTRUCCIONES: marque con una "X" la respuesta que elija**

| ¿Cómo califica... |  | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
|-------------------|--|------------------|--------------|------------|----------------|
| 1                 | El trato, respeto, atención y disponibilidad del personal de la salud?                       |                  |              |            |                |
| 2                 | El trato, respeto, atención y disponibilidad del personal administrativo?                    |                  |              |            |                |
| 3                 | La información relacionada con el tratamiento y medicamentos fue clara?                      |                  |              |            |                |
| 4                 | La información sobre los cuidados posteriores, y efectos secundarios fue suficiente y clara? |                  |              |            |                |
| 5                 | El Médico respondió las preguntas con un lenguaje adecuado ?                                 |                  |              |            |                |
| 6                 | Las instalaciones eran cómodas durante su estancia en la unidad de urgencias?                |                  |              |            |                |
| 7                 | El tiempo de espera para su atención médica?   |                  |              |            |                |
| 8                 | Por favor indique el tiempo aproximado de su estadía en urgencias                            |                  |              |            |                |
| 9                 | Si realizó estudios de laboratorio, los resultados se le proporcionaron de forma oportuna?   |                  |              |            |                |
| 10                | El tiempo de facturación fue el adecuado?  |                  |              |            |                |

Por favor incluya cualquier comentario adicional que considere relevante

---



---