



Hospital Nivel 1 Durán

Anexo 4: Encuesta de satisfacción de atención al paciente:

ENCUESTA DE SASTISFACCIÓN

Estimado paciente, su opinion es muy importante y nos ayudará a mejorar la atención de esta casa de salud; le agradecemos llene la encuesta.

NOMBRE DE LA UNIDAD DE SALUD EN LA QUE SE REALIZÓ LA ENCUESTA.

QUIEN CONTESTA

PACIENTE FAMILIAR

DATOS DEL PACIENTE

SEXO F M EDAD 29

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE

MSP PPS IESS
ISSFA ISSPOL OTRO

EL TIEMPO QUE ESTUVO QUE ESPERAR HASTA QUE LE ASIGNEN CAMA FUE
MINUTOS MENOS DE 30 DE 30 A 60 MÁS DE 60

COMO CALIFICA EL TRATO QUE RECIBIO DEL PERSONAL DE LA CASA DE SALUD

TRATO	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALA
MÉDICO TRATANTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÉDICO RESIDENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMERAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADMINISTRATIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMO FUÉ LA INFORMACIÓN QUE RECIBÍÓ

INFORMACIÓN RECIBIDA	SI	NO
LE COMUNICARON SOBRE SUS DEBERES Y DERECHOS COMO PACIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONOCE EL NOMBRE DE SU MÉDICO TRATANTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE DIERON INFORMACIÓN CLARA SOBRE PROCEDIMIENTOS QUE LE REALIZARÍAN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USTED DIÓ SU CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LAS EXPLICACIONES QUE LE DIÓ EL MÉDICO SASTISFACIERON SUS INQUIETUDES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUANDO SOLICITO AYUDA LA RESPUESTA FUE OPORTUNA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE INFORMARON LOS CUIDADOS A SEGUIR EN CASA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE INFORMARON CUANDO Y DONDE DEBE REGRESAR A CONTROL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE PIDIERON PAGO POR ALGÚN SERVICIO MIENTRAS ESTUVO HOSPITALIZADO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

RECOMENDARÍA ESTA CASA DE SALUD

SI LA RESPUESTA ES **NO** POR FAVOR DIGA PORQUE

EN GENERAL COMO CALIFICA EL CONFORT Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS GENERALES

SERVICIO	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALA
ALIMENTACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMPIEZA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ILUMINACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEÑALIZACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMO CALIFICA EN GENERAL LA ATENCIÓN RECIBIDA

ATENCIÓN	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
ALIMENTACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FECHA: 20 de marzo / 2015

FIRMA

Deysiela Carrero de



Hospital Nivel 1 Durán

Anexo 4: Encuesta de satisfacción de atención al paciente:

ENCUESTA DE SASTISFACCIÓN

Estimado paciente, su opinion es muy importante y nos ayudará a mejorar la atención de esta casa de salud; le agradecemos llene la encuesta.
NOMBRE DE LA UNIDAD DE SALUD EN LA QUE SE REALIZÓ LA ENCUESTA.

QUIEN CONTESTA PACIENTE FAMILIAR

DATOS DEL PACIENTE SEXO FEMENINO EDAD 51

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE MSP PPS IESS
 ISSFA ISSPOL OTRO

EL TIEMPO QUE ESTUVO QUE ESPERAR HASTA QUE LE ASIGNEN CAMA FUE MENOS DE 30 DE 30 A 60 MÁS DE 60

COMO CALIFICA EL TRATO QUE RECIBIO DEL PERSONAL DE LA CASA DE SALUD

TRATO	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALA
MÉDICO TRATANTE		X		
MÉDICO RESIDENTE		X		
ENFERMERAS		X		
ADMINISTRATIVOS		X		

COMO FUÉ LA INFORMACIÓN QUE RECIBÍÓ

INFORMACIÓN RECIBIDA	SI	NO
LE COMUNICARON SOBRE SUS DEBERES Y DERECHOS COMO PACIENTE	X	
CONOCE EL NOMBRE DE SU MÉDICO TRATANTE	X	
LE DIERON INFORMACIÓN CLARA SOBRE PROCEDIMIENTOS QUE LE REALIZARÍAN	X	
USTED DIÓ SU CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS	X	
LAS EXPLICACIONES QUE LE DIÓ EL MÉDICO SASTISFACIERON SUS INQUIETUDES	X	
CUANDO SOLICITO AYUDA LA RESPUESTA FUE OPORTUNA	X	X
LE INFORMARON LOS CUIDADOS A SEGUIR EN CASA	X	
LE INFORMARON CUANDO Y DONDE DEBE REGRESAR A CONTROL	X	
LE PIDIERON PAGO POR ALGÚN SERVICIO MIENTRAS ESTUVO HOSPITALIZADO		X

RECOMENDARÍA ESTA CASA DE SALUD

SI LA RESPUESTA ES **NO** POR FAVOR DIGA PORQUE

EN GENERAL COMO CALIFICA EL CONFORT Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS GENERALES

SERVICIO	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALA
ALIMENTACIÓN				
LIMPIEZA				
ILUMINACIÓN				
SEÑALIZACIÓN				

COMO CALIFICA EN GENERAL LA ATENCIÓN RECIBIDA

ATENCIÓN	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
ALIMENTACIÓN		X		

FECHA: 31 / Marzo / 2015

FIRMA

Magya Rosales