



## DATOS DEL PACIENTE

FECHA DE ATENCIÓN:  
NOMBRE COMPLETO:  
IDENTIFICACION:  
TELÉFONO FIJO:  
E MAIL:

_____
_____
_____
_____
_____

HORA : \_\_\_\_\_  
SEDE : PRINCIPAL  
EDAD: \_\_\_\_\_  
CELULAR: \_\_\_\_\_  
EPS: \_\_\_\_\_CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO  
URGENCIAS ADULTO

Le agradecemos su calificación a los siguientes ítems, su opinión es importante para nosotros:

DERECHOS Y DEBERES	SÍ		NO			
A. ¿Conoce o se le ha informado sobre sus derechos y deberes?						
PREVIO A LA ATENCIÓN						
CALIFIQUE LOS SIGUIENTES PUNTOS PREVIO A LA ATENCIÓN						
A. La amabilidad del personal de seguridad (Guarda)						
B. La claridad de la información suministrada por el personal de seguridad (Guarda)						
C. El tiempo de espera para ser atendido en Triage						
D. La amabilidad del personal que lo atendió en Triage						
E. Información suministrada por el personal de Triage (en caso de triage 4)						
F. El tiempo de espera para ser atendido en la admisión						
G. La amabilidad del personal que lo atendió en la admisión						
H. La claridad de la información suministrada por el personal de admisiones						
I. Tiempo de espera antes de ser atendido por el médico						
DURANTE LA ATENCIÓN						
CALIFIQUE LOS SIGUIENTES PUNTOS DURANTE LA ATENCIÓN						
A. Amabilidad del médico						
B. Claridad en la información por parte del médico sobre el diagnóstico y el tratamiento						
C. Orientación del médico sobre el manejo de los medicamentos						
D. Recomendaciones sobre los cuidados que debe tener						
POSTERIOR A LA ATENCIÓN						
CALIFIQUE LOS SIGUIENTES PUNTOS POSTERIOR A LA ATENCIÓN						
A. Amabilidad del personal de enfermería						
B. El personal de enfermería explicó los procesos que iba a realizar						
C. Respuesta oportuna al llamado del personal de enfermería						
D. Tiempo de espera en el proceso de salida						
E. Tiempo de espera en la caja de Clínica Versalles para realizar el pago						
GESTIÓN OPERATIVA						
CALIFIQUE LA GESTIÓN OPERATIVA DURANTE LA ATENCIÓN						
A. Señalización dentro de las instalaciones						
B. Comodidad de las instalaciones						
C. Aseo y limpieza de las instalaciones						
SATISFACCIÓN						
CALIFIQUE LA SATISFACCIÓN CON LA CLÍNICA						
A. ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS ?						
	Definitivamente SI	Probablemente SI	Probablemente NO	Definitivamente NO		
B. ¿Volvería usted a utilizar nuestros servicios?						
C. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?						
Si desea felicitar a alguien que lo atendió o algún servicio, nombre a continuación						
Nombre:		Área:				
Observaciones:						
DATOS DE QUIEN RESPONDE LA ENCUESTA						
NOMBRE COMPLETO:	_____				CELULAR:	_____
TELÉFONO FIJO:	_____					