



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO EGRESO HOSPITALARIO

Código: AU -F- ESEH -16

Versión: 2.0

Vigencia: 26/08/2021

Página 1 de 1

### ATENCION AL USUARIO

**Señor Usuario.** Nuestro compromiso con usted y su familia es brindar un servicio de salud con calidad y para lograrlo, su opinión es de mucha importancia. La ESE Hospital San Rafael, Agradece la información que usted nos pueda suministrar, la cual redundara en beneficio de la institución y los servicios que presta.

#### LA INFORMACION SUMINISTRADA ES CONFIDENCIAL

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ EAPB (EPS) a la que Pertenece: \_\_\_\_\_

N°	ITEM EVALUADO	EXCELENTE (4)	BUENO (3)	REGULAR (2)	MALO (1)	NO CONTESTA (0)
1	Califique el trato y la calidez humana del personal que le atendió:					
2	La presentación, identificación y entrevista con el / los especialistas tratante (s) fue:					
3	El tiempo de espera para su atención fue?					
4	La privacidad, comodidad e higiene del lugar donde fue atendido /a le pareció?					
5	La información suministrada para hacer uso del servicio en la ESE fue ?					
6	Califique la calidad de la información suministrada por el profesional que lo / la atendió relacionada con el diagnóstico de su enfermedad y el estado de la misma, le permitió comprender su estado de salud actual ?					
7	Como califica la explicación suministrada por el personal, con referencia al diagnóstico, exámenes, resultados y tratamiento recibido ?					
8	Como califica el suministro y calidad de la dieta recibida durante su estancia hospitalaria?					
9	Los profesionales responsables de su atención le informaron sobre los cuidados para su enfermedad, seguimientos y cuidados en casa ?					
10	Qué barreras (dificultades) administrativas, clínicas u operativas ha tenido al ingresar al servicio? Enúncielas.					

Si alguna manifestación ha sido regular o mala, agradecemos nos amplíe su respuesta: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**“Gracias por su tiempo, la ESE Hospital San Rafael lo Agradece”**