



FECHA _____ UNIDAD: _____ EPS: _____

“SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE Y GARANTIZA NUESTRO MEJORAMIENTO CONTINUO, POR FAVOR **MARQUE CON UNA X** LA OPCIÓN DE RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE EN CADA CASO”

EXPERIENCIA EN LA ATENCION				
ITEM	Definitivamente SI	Probablemente SI	Definitivamente NO	Probablemente NO
Recomendaría a sus familiares y amigos esta empresa?				

ITEM	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
Cómo calificaría su experiencia global, respecto de los servicios de salud que recibió en el CRIB					

DERECHOS Y DEBERES					
ITEM	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
Como fue la información recibida acerca de sus derechos y sus deberes?					

CALIDAD EN LA ATENCION					
ITEM	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO
Califique la oportunidad y claridad de la información suministrada por el profesional tratante durante su estancia en la institución					
Califique la cortesía y respeto del personal médico y especialistas					
Califique la cortesía y respeto del personal de enfermería					
Califique la cortesía y respeto de los profesionales del área terapéutica					
Califique la distribución y organización de los tiempos para la realización de actividades lúdicas y terapéuticas					
Califique la dotación y los ambientes físicos disponibles para la realización de actividades lúdicas y terapéuticas					
En el momento de su salida, ¿el personal de salud le explicó que medicamentos debía iniciar, continuar o suspender para su cuidado en casa?					

AMBIENTE HOSPITALARIO					
ITEM	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO
Las condiciones de aseo y limpieza y el estado de las instalaciones hospitalarias es					
Califique la calidad del servicio de lavandería					
Califique la calidad del servicio de alimentación					

ITEM	SI	NO
Siente que se respetó su intimidad y privacidad durante la atención		
Siente que la institución garantizo condiciones de seguridad durante su estancia		

SUGERENCIAS: _____

