

70-44.22

LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES CONFIDENCIAL

EPS a la que pertenece: _____

Fecha de atención: DD / MM / AAAA Profesional que lo atendió: _____

Marque con una X el servicio requerido en la E.S.E.

Fisioterapia		Urgencias		Vacunación	
Psicología		Consulta externa		Programas	
Odontología		Hospitalización		Farmacia	
Laboratorio		Traslado en Ambulancia		Otros	

Marque con una X la opción que usted considere de acuerdo con su criterio

	ASPECTOS A EVALUAR	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
1	Tiempo de espera y puntualidad en la prestación del servicio						
2	La privacidad, comodidad, orden e higiene del área donde se prestó la atención						
3	Califique el trato recibido por el Profesional que prestó la atención						
4	Información recibida antes de la atención						
5	Información suministrada por el profesional, relacionada con el diagnóstico de su enfermedad y con el estado de la misma						
6	¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?						

¿Recomendaría a sus amigos y familiares, esta institución prestadora del servicio de salud?

Definitivamente NO	Probablemente NO	Probablemente SI	Definitivamente SI	No Aplica

¿Desea mencionar alguna petición, queja, reclamo o sugerencia para mejorar nuestro servicio?

¿Desea felicitar al profesional en salud por el servicio brindado?

Número de identificación: _____

FIRMA

Teléfono: _____