

 <b>E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA</b> La Cumbre - Valle NIT 800.160.400-0	<b>ENCUESTA DE SATISFACCIÓN</b>	Código: ASS-AIU-for-002
		Versión: 5
		Fecha de Actualización: 10/04/25
		Página 1 de 1

70-44.22

**LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES CONFIDENCIAL**

EPS a la que pertenece: \_\_\_\_\_

Número de identificación del usuario: \_\_\_\_\_

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 Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena
1	La privacidad, comodidad, orden e higiene área donde se prestó la atención					
2	Califique el trato recibido por el Profesional prestó la atención					
3	Información suministrada por el profesional relacionada con el diagnóstico de su enfermedad y con el estado de la misma					
4	¿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? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Desea felicitar al profesional en salud por el servicio brindado? Si \_\_\_ No \_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_