

**FORMATO ENCUESTA DE
SATISFACCIÓN**

Código: AU-F-003

Versión: 04

Fecha: SEPTIEMBRE 2026

FECHA

Respetado usuario, para nuestro hospital es importante mejorar la prestación de los servicios, por tanto necesitamos conocer su opinión acerca de la atención en cada uno de ellos, le rogamos marque con una x la respuesta que considere adecuadas gracias.

MARQUE CON UNA X EL SERVICIO EN EL QUE FUE ATENDIDO

Urgencias	☐	Farmacia	☐
Consulta externa	☐	Vacunación	☐
Odontología	☐		Promoción y prevención ☐

	Si	No
1. ¿Quedó satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	☐	☐
2. ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	☐	☐
3. ¿Alguien le habló acerca de los derechos y deberes que usted tiene como usuario?	☐	☐
4. ¿El personal que lo atendió se le presentó?	☐	☐
5. ¿Le informaron sobre su enfermedad o programa?	☐	☐
6. ¿Le explicaron en qué consistía su tratamiento o procedimiento?	☐	☐
7. ¿Alguien le resolvió sus dudas respecto a su salud, programa o procedimiento que le hubieran realizado?	☐	☐
8. ¿Le explicaron las recomendaciones a seguir para el cuidado de su salud, estilos de vida saludable y/o forma de tomar los medicamentos?	☐	☐
9. ¿Lo atendieron de forma amable y respetuosa?	☐	☐
10. ¿A usted le gustaría ser atendido nuevamente por el mismo funcionario?	☐	☐
11. En general, ¿Está usted satisfecho con la atención prestada?	☐	☐

Por favor marque con una X en la casilla que considere correspondiente

¿Cómo calificaría la atención en general respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la ESE?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
	☐	☐	☐	☐	☐
¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta ESE?	Definitivamente si	Probablemente si	Definitivamente no	Probablemente no	
	☐	☐	☐	☐	

FIRMA DEL USUARIO

FECHA

 	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	Código: AU-F-003
		Versión: 04
		Fecha: SEPTIEMBRE 2026

Respetado usuario, para nuestro hospital es importante mejorar la prestación de los servicios, por tanto necesitamos conocer su opinión acerca de la atención en cada uno de ellos, le rogamos marque con una x la respuesta que considere adecuada gracias.

Servicio de hospitalización y partos	Si	No
¿Alguien le habló acerca de los derechos y deberes que usted tiene como usuario?		
¿Está usted satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser trasladado del servicio de urgencias a hospitalización?		
¿El médico que le atendió se presentó?		
¿Recuerda el nombre del médico tratante?		
¿Le informaron sobre los horarios de visita?		
¿Le informaron sobre cómo guardar sus pertenencias?		
¿Le presentaron al compañero de habitación?		
¿Alguien le habló acerca de su estado de salud?		
¿Alguien le preguntó sobre sus dudas respecto al manejo que se le va a brindar?		
¿Siente que puede preguntar al personal acerca de su condición y de su tratamiento?		
¿Considera que le atendieron en condiciones de privacidad?		
¿Le dieron información acerca de los medicamentos que le aplicaron?		
¿Si le realizaron exámenes o procedimientos le fueron explicados? ¿Le dijeron cómo y cuándo se harían?		
¿Le explicaron los cuidados a tener en el hogar?		
¿Cuándo le den salida y tenga alguna pregunta acerca de su condición, sabe a quién contactar?		
¿Le parece que las salas del hospital son limpias, cómodas y agradables?		
¿Le explicaron que debía hacer en caso de presentarse una emergencia?		
¿Le explicaron cómo se manejan las basuras en el hospital?		
En general, ¿Está usted satisfecho con la atención prestada?		

Por favor marque con una X en la casilla que considere correspondiente					
¿Cómo calificaría la atención en general respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la ESE?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta ESE?	Definitivamente si	Probablemente si	Definitivamente no	Probablemente no	
FIRMA DEL USUARIO					
FECHA					

FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Código: AU-F-003

Versión: 04

Fecha: SEPTIEMBRE 2026

Respetado usuario, para nuestro hospital es importante mejorar la prestación de los servicios, por tanto necesitamos conocer su opinión acerca de la atención en cada uno de ellos, le rogamos marque con una x la respuesta que considere adecuada gracias.

MARQUE CON UNA X EL SERVICIO EN EL QUE FUE ATENDIDO

Laboratorio ☐

Tamizaje cervico uterino(citología) ☐

	Si	No
1. ¿Quedó satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para la toma de la muestra?	☐	☐
2. ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	☐	☐
3. ¿Alguien en el laboratorio le habló acerca de los derechos y deberes que usted tiene como usuario?	☐	☐
4. ¿El personal que le tomó la muestra se le presentó?	☐	☐
5. ¿Le informaron sobre dónde y cuándo puede reclamar los resultados de sus exámenes?	☐	☐
6. ¿Le explicaron en qué consistía el examen de laboratorio antes de realizar la toma de la muestra?	☐	☐
7. ¿Alguien le resolvió sus dudas respecto al procedimiento que le realizaron?	☐	☐
8. ¿Le explicaron las recomendaciones a seguir después de la toma de la muestra?	☐	☐
9. ¿Si tiene alguna duda acerca de los exámenes tomados, sabe a quién contactar?	☐	☐
10. ¿A usted le gustaría ser atendido nuevamente por el mismo funcionario?	☐	☐
11. En general, ¿Está usted satisfecho con la atención prestada?	☐	☐

Por favor marque con una X en la casilla que considere correspondiente

¿Cómo calificaría la atención en general respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la ESE?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
	☐	☐	☐	☐	☐
¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta ESE?	Definitivamente si	Probablemente si	Definitivamente no	Probablemente no	
	☐	☐	☐	☐	

FIRMA DEL USUARIO