**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**­­­­­­­­­­­**

**1. Oportunidad.**

**1.1. En Cuanto tiempo, cree usted que la ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD tiene las citas médicas agendadas, entre:**

***1-3 días***

***4-7 días***

***8-15 días***

***Más de 16 días***

**1.2. En Cuanto tiempo, cree usted que la ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD tiene las citas Odontológicas agendadas, entre:**

 ***1-3 días***

 ***4-7 días***

 ***8-15 días***

 ***Más de 16 días***

**1.3. Considera que los médicos y odontólogos de la ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD son resolutivos?**

**Siempre: Casi Siempre: Nunca:**

**1.4. Considera que los funcionarios del nivel central de la ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD son resolutivos?**

**Siempre: Casi Siempre: Nunca:**

**1.5. Usted conoce los centros de atención/hospitales y nivel central de la ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD?**

**Si: No: (Si su respuesta es SI continúe; si su respuesta es NO, pase al punto 4.)**

**2. Planta Física.**

**2.1. Como encuentra usted el estado de aseo del centro de atención/hospital y Nivel Central?**

**Excelente: Bueno: Regular: Malo:**

**2.2. En relación con las instalaciones físicas del Centro de Atención/hospital usted cree, que el estado actual es?**

**Excelente Bueno: Regular Malo**

**3. Atención individual.**

**3.1. El trato que recibió del personal que lo atendió durante su permanencia fue:**

**Cortés Descortés**

**3.2. Cómo califica la atención brindada por parte del personal del Centro de Atención /hospital o Nivel Central?**

**Personal Directivo: Muy Buena Buena Mala N/S**

**Personal Administrativo: Muy Buena Buena Mala N/S**

**Personal Médico**: **Muy Buena Buena Mala N/S**

**Personal de Enfermería: Muy Buena Buena Mala N/S**

**Personal de Laboratorio: Muy Buena Buena Mala N/S**

**Personal de Odontología: Muy Buena Buena Mala N/S**

**4. En general, ¿está satisfecho con nuestros servicios? Si: No:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**5. Desea consignar alguna sugerencia que nos permita mejorar nuestros servicios?**

|  |
| --- |
|  |

**¡Gracias por permitirnos mejorar!**