

 <b>ODIECO</b> I.P.S. Centro Odontológico Especializado	<b>ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PERSONAS USUARIAS</b>	Código: MCC-FR-04
		Versión: 02
Proceso: Mejora continua de la calidad		Fecha: 20/12/2019

Fecha: \_\_\_\_\_ Servicio utilizado: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ N° identificación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

1. **Califique de 1 a 4 su satisfacción con cada uno de los siguientes aspectos relacionados con la atención recibida, así:**

ASPECTO A CALIFICAR		Excelente	Bueno	Regular	Malo
		4	3	2	1
a.	El proceso para acceder al servicio fue				
b.	Atención recibida por el personal de admisiones				
c.	El tiempo de espera para ser atendido fue				
d.	La información recibida por parte del profesional de salud referente a su estado de salud fue				
e.	La explicación recibida por parte del profesional referente al tratamiento a seguir fue				
f.	Trato y amabilidad que le brindo el profesional de la salud que lo atendió				
g.	Comodidad con las instalaciones.				

2. **¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que recibió en nuestra IPS?**

a. Muy mala	b. Mala	c. Regular	d. Buena	e. Muy Buena	f. No informa

3. **¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?**

a. Definitivamente No	b. Probablemente No	c. Probablemente Si	d. Definitivamente Si	f. No informa

Gracias por su colaboración, su información es muy valiosa.