9. ANEXOS

E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús

E.S.E HOSPITAL
SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT: 846.000.471-5

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

FECHA.: _____

SERVICIO:_____ E.P. S: _____

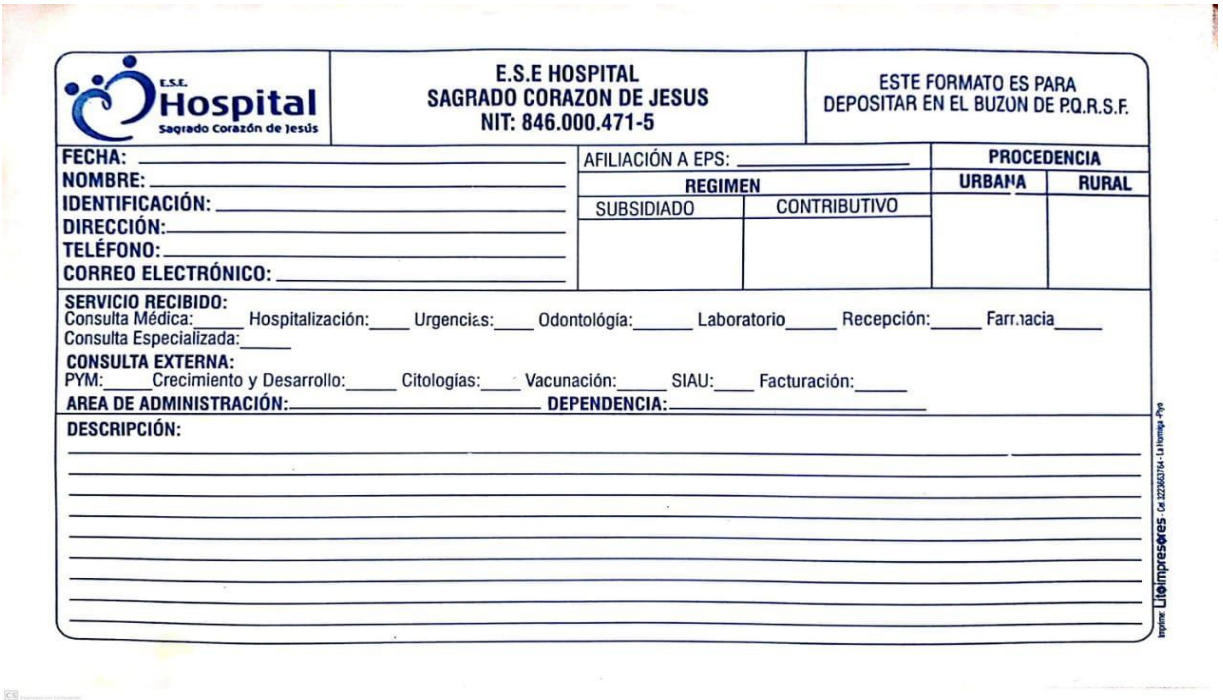
¿Cómo califica su experiencia global con respecto al servicio de salud que ha recibido en la E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS?

MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA ☐ MUY MALA ☐ NO RESPONDE ☐

¿Recomendaría los servicios de la E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS a sus familiares y amigos?

DEFINITIVAMENTE SI ☐ PROBLAMENTE SI ☐ DEFINITIVAMENTE NO ☐ PROBLAMENTE NO ☐

Calidad y oportunidad en los servicios



E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús

E.S.E HOSPITAL
SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT: 846.000.471-5

ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZON DE P.Q.R.S.F.

FECHA: _____
NOMBRE: _____
IDENTIFICACIÓN: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____

AFILIACIÓN A EPS: _____

REGIMEN		PROCEDENCIA	
SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	URBANA	RURAL

SERVICIO RECIBIDO:
Consulta Médica:_____ Hospitalización:____ Urgencias:____ Odontología:_____ Laboratorio_____ Recepción:_____ Farmacia_____
Consulta Especializada:_____

CONSULTA EXTERNA:
PYM:_____Crecimiento y Desarrollo:_____ Citologías:____ Vacunación:_____ SIAU:____ Facturación:_____

AREA DE ADMINISTRACIÓN:_____ **DEPENDENCIA:**_____

DESCRIPCIÓN:

Imprime: Litoimpresores