|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estimado usuario le invitamos a que evalúe los servicios que le hemos prestado favor califique SU PERCEPCION DE ACUERDO A LAS SIGUIENTE ESCALA**  **Malo Regular Excelente 1………………..3 ……………………5**  **RECUERDE DILIGENCIAR DE FORMA COMPLETA SUS DATOS.**  ***Sus aportes son la más valiosa herramienta para mejorar cada día. GRACIAS*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FECHA** | | | D | M | A | **HORA:** | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE:** | | | | | | | | | | **IDENTIFICACION:** | | | | | | |
| **DIRECCION:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TELEFONO:** | |  | | | | | **EPS** | |  | | | | | | | |
| **LABORATORIO:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CALIDAD DE LA INFORMACION** | | | | | | | | **1** | | | **2** | **3** | | **4** | | **5** |
| **1** | Orientación y colaboración adecuada de parte de secretaria y facturación. | | | | | | |  | | |  |  | |  | |  |
| **2** | La información previa para la toma de muestras y los posibles riesgos fue clara y confiable. | | | | | | |  | | |  |  | |  | |  |
| **3** | Nivel deConfidencialidad y discreción en la toma de muestras y entrega de resultados de laboratorio.  de resultados. | | | | | | |  | | |  |  | |  | |  |
| **4** | Le informaron sobre sus derechos y Deberes que tiene como paciente. | | | | | | |  | | |  |  | |  | |  |
| **ATENCION ASISTENCIAL** | | | | | | | | **1** | | | **2** | **3** | | **4** | | **5** |
| **5** | El trato como paciente que le brindo nuestro personal de auxiliares y bacteriólogas fue amable, cordial y respetuoso. | | | | | | |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| **6** | Hubo claridad con respecto a la información suministrada referente a tarifas, copagos, y cuotas moderadoras. | | | | | | |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| **SEGURIDAD DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | **SI** | | **No** | |
| **7** | La punción para la toma de muestras se realizo más de una vez | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| **8** | La toma de muestra generó hematomas o fue en exceso dolorosa | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| **9** | El registro de su nombre y apellidos es el correcto en el resultado | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| **10** | El servicio ofrecido por nuestra institución cumplió con sus necesidades y expectativas | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| **11** | Volvería a utilizar nuestro servicio y lo recomendaría. | | | | | | | | | | | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OPORTUNIDAD EN LA ATENCION** | | **Inmediatamente** | **Esperó entre 10 y 20 minutos** | **Esperó más de 20 minutos** |
| **12** | El Tiempo en el que recibió la atención fue: |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTALACIONES** | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **13** | Comodidad de nuestra sala de espera. |  |  |  |  |  |
| **14** | Condiciones de aseo de nuestras instalaciones. |  |  |  |  |  |
| **15** | El horario de atención es favorable de acuerdo a sus necesidades. |  |  |  |  |  |
| **16** | La señalización actual permite un acceso fácil y rápido al servicio de laboratorio. |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **17. SUGERENCIAS, RECLAMOS, QUEJAS O COMENTARIOS** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |