



Encuesta que aplicó la
Asociación de Usuarios HCCN
EALC

ASOCIACION DE USUARIOS RED SALUD SUR ORIENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
DEL MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS FRENTE A LOS SERVICIOS PRESTADO EN EL HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA DE LA RED DE SALUD SUR ORIENTE DE LA ESE.

CRITERIO	ESCALA DE CALIFICACIÓN				
	1	2	3	4	5
¿Se encuentra usted satisfecho(a) con la atención recibida en el Hospital Carlos Carmona Montoya de la Institución de Salud? (Califique de 1 a 5 siendo 1 muy insatisfecho y 5 muy satisfecho)	1	2	3	4	5
De acuerdo a la experiencia frente a la atención recibida en el Hospital Carlos Carmona Montoya, ¿Recomendarías a un familiar y/o amigo que acuda a la Institución (hospital)? (Califique de 1 a 5 siendo 1 no lo recomendaría y 5 lo recomendaría totalmente)	1	2	3	4	5
¿Considera usted que el motivo por el cual consultó al Hospital Carlos Carmona Montoya, fue resuelto por el profesional y/o los profesionales que lo atendieron? (Califique de 1 a 5 siendo 1 No fue resuelto y 5 muy bien resuelto)	1	2	3	4	5
¿Califique la calidad de los servicios ofrecidos por el Hospital Carlos Carmona Montoya? (Califique de 1 a 5 siendo 1 muy malo y 5 muy bueno)	1	2	3	4	5
¿Usted conoce sus Derechos y Deberes en Salud? (Califique 1 es (SI) y 2 es (NO))	1	2			

Si su respuesta anterior es afirmativa; Por favor, mencione UN derecho y UN deber que tenga como paciente en relación con su atención médica o su salud.

1 _____

2 _____

Como usuario(a) del Hospital Carlos Carmona Montoya de la Red de Salud del Suroriente E.S.E, ¿qué recomendaciones le daría a la institución? Por favor, comparta sus observaciones y sugerencias.

Encuestador de Asociación