



ANGIOGRAFÍA DE COLOMBIA

Línea de acción:

Lograr que por medio de las encuestas de satisfacción se identifiquen las necesidades en salud de los usuarios.

Plan de acción:

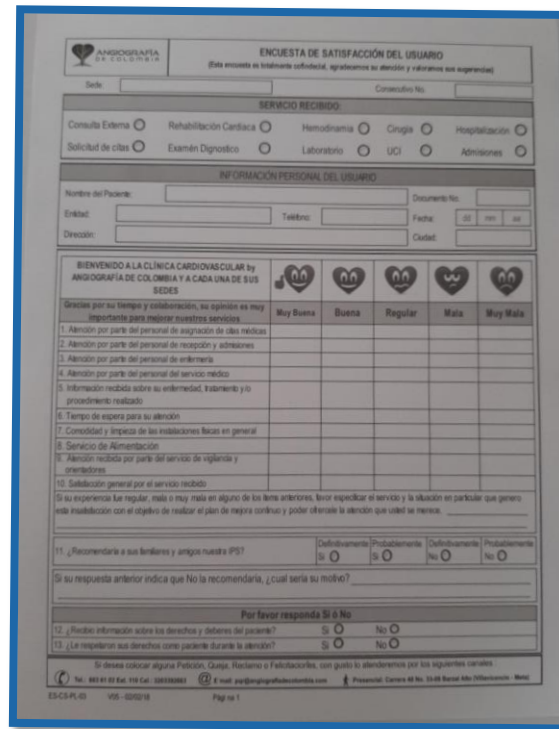
Utilizar recurso humano de la Clínica habrá un equipo encargado de realizar actividades que se crean a partir del ser encaminado al trato humano y digno para cada uno de los usuarios

Ejecución:

1. Se convoca mensualmente al Comité de Experiencia del paciente y su Familia.
2. Acta de reunión de los comités donde participan líderes de las diferentes áreas y se exponen los resultados y las necesidades identificadas y de esta manera plantear las actividades para los usuarios.

Desarrollo:

Las encuestas de satisfacción son aplicadas de igual manera por cada servicio y se realiza su tabulación y análisis al finalizar el mes detectando así las necesidades de los usuarios.



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO
(Esta encuesta es tratada estrictamente confidencial, agradecemos su atención y colaboración en su diligencia)

Sede: _____ Consultorio No. _____

SERVICIO RECIBIDO:

Consulta Externa Rehabilitación Cardíaca Hemodinamia Cirugía Hospitalización
 Solicitudes de citas Examen Diagnóstico Laboratorio UCI Admisiones

INFORMACIÓN PERSONAL DEL USUARIO

Nombre del Paciente: _____ Documento No. _____
 Edad: _____ Teléfono: _____ Fecha: ____ de ____ de ____
 Dirección: _____ Ciudad: _____

BIENVENIDO A LA CLÍNICA CARDIOVASCULAR by ANGIOGRAFÍA DE COLOMBIA Y A CADA UNA DE SUS SEDES

Seleccione por su tiempo y colaboración, su opinión es muy importante para mejorar nuestros servicios.

	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
1. Atención por parte del personal de asignación de citas médicas					
2. Atención por parte del personal de recepción y admisiones					
3. Atención por parte del personal de enfermería					
4. Atención por parte del personal del servicio médico					
5. Información recibida sobre su enfermedad, tratamiento y/o procedimiento realizado					
6. Tiempo de espera para su atención					
7. Comodidad e higiene de las instalaciones físicas en general					
8. Servicio de Alimentación					
9. Atención recibida por parte del servicio de vigilancia y orientaciones					
10. Satisfacción general por el servicio recibido					

Si su experiencia fue regular, mala o muy mala en alguno de los ítems anteriores, favor especificar el servicio y la situación en particular que generó esta insatisfacción con el objetivo de mejorar el plan de mejora continuo y poder ofrecerle la atención que usted se merece. _____

11. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos nuestra PSI? Definitivamente Sí Probablemente Sí Definitivamente No Probablemente No

Si su respuesta anterior indica que No la recomendaría, ¿cuál sería su motivo? _____

Por favor responda Sí o No

12. ¿Puede información sobre los derechos y deberes del paciente? Sí No

13. ¿Le respetaron sus derechos como paciente durante la atención? Sí No

Si desea colocar alguna Petición, Queja, Reclamo o Fallo/accusar, con gusto lo atenderemos por los siguientes canales:

Nº. 800 49 50 116 Ext. 100333000 | Email: psa@angiografiacolombiana.com | Presencial: Carrera 40 No. 10-88 Sector del Valle - Medellín

ES-CA-PL-02 | V05 - 10/2018 | Pág. 1