|  |
| --- |
| **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** |  |  |  |  **Hora:** |   |
| **Nombre:**  |  | **Identificación:** |
|  **Dirección:**  |   |
| **Teléfono:** |   | **EPS** |   |
| **Laboratorio:**  |  |
| **Calidad de la información** | **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. | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Atención 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 realizó 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 atención** | **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** |
|   |