



Tipo de ID

CC
 TI
 RC
 NV
 CE
 PEP
 PPT

No Identificación

Fecha

Comuna

Comuna 8
 Comuna 9
 Comuna 10
 Comuna 11
 Comuna 12

IPS

Unidad Productora (UP)

Urgencias
 Hospitalización
 Consulta Externa
 Rehabilitación
 PYMS
 Apoyo Diagnóstico
 Partos
 Atención Integral de Cáncer

Servicio

EPS

Régimen de afiliación

Subsidiado
 Contributivo
 Especial o de Excepción

Género

Masculino
 Femenino
 Otro ¿Cuál?:

¿Conoce o se le ha informado sobre sus derechos y deberes?

Si
 No

¿Siente usted que se le ha vulnerado algún derecho?

Si
 No

Derechos

<input type="checkbox"/> A recibir prestaciones de salud según lo dice la ley	<input type="checkbox"/> Acceder a servicios integrales oportunos de alta calidad
<input type="checkbox"/> Una buena comunicación con el profesional de la salud	<input type="checkbox"/> A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres
<input type="checkbox"/> A la intimidad y confidencialidad de su historia clínica	<input type="checkbox"/> A que se le de atención de con calidad y personal capacitado
<input type="checkbox"/> A recibir información sobre costos de su tratamiento	<input type="checkbox"/> A conocer los canales para PQRSF
<input type="checkbox"/> A ser tratado con humanización	<input type="checkbox"/> A no dilatar los procesos por temas administrativos

i Solo si la pregunta **¿Siente usted que se le ha vulnerado algún derecho?** tiene seleccionada la opción: *Si*

¿A cuáles de los deberes que usted tiene como usuario considera que ha incumplido?

- 1. Cuidar de usted, su familia y comunidad
- 2. Captar las recomendaciones de los profesionales de la Salud
- 3. Ser solidario con las situaciones que representen peligro
- 4. Respetar al personal de la Institución
- 5. Cuidar las instalaciones y recursos de la Institución
- 6. Cumplir todas las normas del sistema de salud
- 7. Actuar de buena fe frente al sistema de salud
- 8. Suministrar de manera oportuna y suficiente la información
- 9. Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud.
- 10. Cumplir con las citas asignadas y los horarios de atención de la IPS.

Califique tiempo de espera en línea telefónica para solicitar una cita en nuestra institución

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala
- NO APLICA

OBSERVACIONES

Califique la claridad y facilidad de acceso para solicitar una cita a través del Dr Primi vía WhatsApp y Web

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala
- NO APLICA

OBSERVACIONES:

Califique la amabilidad del personal de caja, facturación

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala

OBSERVACIONES:

Califique la amabilidad del personal de seguridad ó porteria

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala

OBSERVACIONES:

La claridad y calidad de la información suministrada por los colaboradores caja (facturación)

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala
- NO APLICA

OBSERVACIONES:

Amabilidad del personal que le asigna la cita

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala
- NO APLICA

OBSERVACIONES:

El tiempo de espera para realizar el ingreso a cualquier servicio por caja (facturación)

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala
- NO APLICA

OBSERVACIONES:

Tiempo de espera para ser llamado por el profesional de la salud (médico, especialista u otro)

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala

OBSERVACIONES:

Amabilidad del profesional de la salud (médico, especialista u otro)

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala

OBSERVACIONES:

Claridad en la información por parte del médico, especialista u otro sobre el diagnóstico y el tratamiento

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala

OBSERVACIONES:

¿El profesional que lo atendió se presentó con su nombre y cargo?

- SI
- NO

OBSERVACIONES:

Tiempo de espera para radicación, en archivo, de órdenes para autorizar servicios

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala
- NO APLICA

¿Ha experimentado algún tipo de discriminación o trato desigual durante su atención en la IPS ?

- Si
- No

Si su respuesta fue Sí, por favor indique el motivo percibido de la discriminación (puede marcar más de una opción):

- Género o identidad de género
- Orientación Sexual
- Condición de Discapacidad
- Edad
- Raza o Etnia
- Nivel socio-económico
- Nivel de escolaridad
- Otra: Describa de qué tipo:

OBSERVACIONES:

Demarcación y señalización en las instalaciones

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala

OBSERVACIONES:

Comodidad y seguridad de las instalaciones

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala

OBSERVACIONES

Limpieza en baños, zonas comunes, sala de espera y consultorios

-
- Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 - Muy Mala

OBSERVACIONES

Califique su nivel de satisfacción con el servicio recibido (experiencia global)

-
- Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 - Muy Mala

OBSERVACIONES:

¿Recomendaría usted a otra persona la utilización de nuestros servicios?

-
- Definitivamente Si
 - Probablemente Si
 - Probablemente No
 - Definitivamente No

OBSERVACIONES:

Teniendo en cuenta la importancia de fortalecer la participación ciudadana y mantenerse informado/a como usuario de nuestros servicios, ¿qué canales preferirías para recibir información sobre las actividades, servicios y campañas de la Red de Salud del Centro ESE?

- Redes sociales (Facebook, X (anteriormente Twitter), Instagram).
- Página web oficial de la Red de Salud del Centro.
- Listas de difusión informativa en WhatsApp (Si seleccionó esta opción por favor escriba su número de WhatsApp) Favor digitar la información::
- Correo electrónico (Si seleccionó esta opción por favor escriba su dirección de correo) Favor digitar la información::
- Reuniones comunales.
- Pantallas informativas en las sedes.
- Boletines informativos en carteleras físicas de las IPS.
- Otro (especificar): Favor digitar la información::