



Nº 5285

FECHA: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____
NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____
C.C. _____ TELÉFONO: _____
ENTIDAD: _____ MAIL: _____

MARQUE CON UNA (X)

1. ¿CUANTO TIEMPO TRANSCURRIÓ DESDE EL MOMENTO QUE SOLICITO LA CITA EN MEDICINA NUCLEAR Y EL DÍA QUE LE REALIZARON EL EXAMEN?

0 A 8 DÍAS _____ 9 A 12 DÍAS _____ MAS DE 12 DÍAS _____

2. ¿CUANTO TIEMPO TUVO QUE ESPERAR PARA SER ATENDIDO?

A LA HORA PROGRAMADA _____ ENTRE 15 A 30 MIN _____ MAS DE 30 MIN _____

3. ¿ANTES DE REALIZARLE EL EXAMEN RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO?

SI _____ NO _____

4. ¿COMO CALIFICA LA ATENCIÓN RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL?
(SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ACLARAR EN OBSERVACIONES)

BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____

5. LE PARECE QUE LA LIMPIEZA DE NUESTRAS INSTALACIONES ES:

BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____

6. LA COMODIDAD DE NUESTRAS INSTALACIONES LE PARECIÓ:

BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____

7. ¿COMO CALIFICA LA EXPERIENCIA GLOBAL RECIBIDA A TRAVES DE ESTA IPS?

MUY BUENA _____ BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____ MUY MALA _____
NO SABE NO RESPONDE _____

8. ¿RECOMENDARIA A SU FAMILIA O AMIGOS ESTA IPS?

DEFINITIVAMENTE SI _____ PROBABLEMENTE SI _____
DEFINITIVAMENTE NO _____ PROBABLEMENTE NO _____
NO SABE NO RESPONDE _____

OBSERVACIONES: _____

