

Apéndice B. Cuestionario para pacientes del área de urgencias de la E.S.E

Estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de los servicios prestados en el servicio de urgencias de E.S.E Centro de Salud de Usiacurí José María Feres Farah. Le agradecemos su interés para que mejoremos nuestro trabajo, con la seguridad de que será en benéfico de todos.

Señale cuál ha sido la calidad de la asistencia en el área de urgencias que le ha proporcionado la E.S.E Centro de Salud de Usiacurí José María Feres Farah.

Respuestas

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
MM	M	R	B	MB
1	2	3	4	5

En la E.S.E Centro de Salud de Usiacurí José María Feres Farah	MM	M	R	B	MB
La calidad de la asistencia en el servicio de urgencias que usted ha recibido ha sido					
El trato del personal del hospital con usted ha sido:					
El confort en las instalaciones del hospital ha sido:					
La limpieza del hospital ha sido:					
El respeto a sus derechos como paciente ha sido:					
La rapidez para resolver sus problemas ha sido:					
El modo en el que se le informó sobre su estado de salud ha sido:					
Su opinión de la calidad y competencia de los médicos es:					
Su opinión de la calidad y competencia de las enfermeras es:					
La información recibida a la salida sobre los cuidados de su enfermedad ha sido:					

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión

¿Cómo se siente usted con la atención que ha recibido durante su estancia en el hospital?

Muy poco satisfecho O

Poco satisfecho O

Regularmente satisfecho ☐ Bastante satisfecho ☐ Muy satisfecho ☐

¿Recomendaría a otras personas este Hospital?

Si ☐ No ☐

¿Se le solicitó su consentimiento o autorización para hacerte las pruebas que le indicó el médico?

Sí, me lo pidieron ☐ No me lo pidieron ☐ No fue necesario ☐

¿Conoce usted al médico responsable que le atendió durante su permanencia en urgencias?

Si ☐ No ☐

¿Conoce usted a su enfermero/a referente que le atendió durante la urgencia?

Si ☐ No ☐

¿presentó dolor durante su atención, cree usted que se le trató adecuadamente?

Si ☐ No ☐

Por favor rellene las siguientes casillas con datos del paciente

Edad _____

Indique: Si es Hombre ☐ Mujer ☐

Fecha de salida: _____

Utilice este espacio si quiere hacernos llegar alguna sugerencia o aclaración
