

**REHABILITARTE EN CASA – LIDERES EN SERVICIO DE SALUD DOMICILIARIA****ENCUESTA DE SATISFACCION**

Versión: 02

Fecha: 2020-11-04

Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nombre del paciente o familiar	<input type="text"/>	
	Día	Mes	Año	CC		Tel	<input type="text"/>

Calidad en la atención (en relación a la última atención recibida)		Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
1.	¿Cómo calificaría el trato recibido por parte de nuestro personal administrativo?					
2.	¿Cómo calificaría usted el tiempo de respuesta de nuestro personal administrativo a sus solicitudes, ya sea por vía telefónica, WhatsApp o página web?					

3.	¿Cómo calificaría la atención recibida por parte de nuestro personal asistencial (Terapeutas, médicos, enfermeras, etc.) ?					
4.	¿Cómo Calificaría usted la puntualidad de nuestro personal asistencial?					
5.	¿Cómo calificaría usted el trato dado por nuestro personal asistencial?					
6.	¿Cómo calificaría usted la experticia demostrada por nuestro personal asistencial en la atención prestada?					
7.	¿Cómo calificaría usted la presentación personal de nuestro personal asistencial al momento de la atención en el domicilio?					

8.	¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios recibidos?					
----	---	--	--	--	--	--

Recomendación en la atención (en relación a la última atención recibida)		Definitivamente si	Probablemente si	Definitivamente no	Probablemente no
9.	¿Recomendaría a sus familiares y Amigos esta IPS?				
10	¿A su criterio personal nuestros servicios cumplieron con sus expectativas?				

11	¿En qué aspectos cree que deberíamos mejorar?
----	---

Firma del paciente

Firma del personal a cargo de la encuesta