

ENCUESTA DESALIDA

Nombre del paciente: _____ No. de habitación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre del Médico tratante: _____

¿Cómo se enteró del CEMA?

¿Dónde lo atendió por primera vez su médico tratante? _____

Fecha de ingreso: _____

Instrucciones: Marcar con una X en el recuadro la opción que corresponda a su respuesta.

| Preguntas |  Muy Deficiente |  Deficiente |  Regular |  Buena |  Excelente |
|--|--|--|---|---|---|
| 1. Atención brindada por personal del área de Admisión/Recepción | | | | | |
| 2. Limpieza realizada en su habitación | | | | | |
| 3. Atención del personal de Enfermería | | | | | |
| 4. Información otorgada sobre su tratamiento médico a seguir | | | | | |
| 5. Atención Médica recibida | | | | | |
| 6. Atención del personal de Nutrición | | | | | |
| 7. Servicio de alimentos | | | | | |
| 8. Atención recibida por el personal de Relaciones Públicas | | | | | |
| 9. Proceso de alta hospitalaria | | | | | |

| Preguntas | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. El personal de Enfermería lo identificó por su nombre y fecha de nacimiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Se le proporcionó orientación sobre prevención de caídas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Tuvo algún desperfecto la habitación durante su estancia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿El desperfecto fue solucionado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. De ser necesario ¿Utilizaría nuevamente los servicios de CEMA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Tiene algún comentario, sugerencia u observación que nos permita mejorar los servicios?

¡GRACIAS POR SU PREFERENCIA!