



Estimado usuario, con el fin de ofrecerle un mejor servicio, deseamos conocer su opinión y grado de satisfacción en los siguientes aspectos, por favor marque con una "X" la respuesta que considere mas acorde a su criterio y experiencia:

FECHA

DATOS BASICOS (OPCIONAL)

NOMBRE

CÉDULA

EDAD

CELULAR

SEXO

CORREO ELECTRÓNICO

EPS

		Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	No sabe / No Responde
1	Facilidad en comunicarse con el Instituto Cardiovascular de Risaralda						
2	Oportunidad en asignación de cita						
3	Atención personal de recepción						
4	Claridad en indicaciones previas al examen						
5	Tiempo de espera en sala						
6	Instalaciones en sala en espera						
7	Atención del especialista						
8	Atención del personal de enfermería						
9	Instalaciones y equipos del Instituto Cardiovascular de Risaralda						
10	Derecho a la intimidad						
11	Calificación de su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través del Instituto Cardiovascular de Risaralda						
			Definitivamente Si	Probablemente Si	Probablemente No	Definitivamente No	No sabe / No Responde
12	¿Recomendaría a sus familiares y amigos el Instituto Cardiovascular de Risaralda?						

SUGERENCIAS:



SC-CER349596



Su Corazón en las Mejores Manos

