



"SU SALUD NUESTRO COMPROMISO"

Fecha:    EMPRESA O EPS-s: \_\_\_\_\_

Selecciona el grupo poblacional al cual perteneces:

Discapacitado  Gestante  Lgtbi  Desmovilizado  Lactante  Adulto Mayor   
Victima  Pob. Indigena

1. El tiempo de espera para ser atendido por el profesional el día de su cita fue:

5 Min. \_\_\_\_\_ 10 Min. \_\_\_\_\_ 15 Min. \_\_\_\_\_ 20 Min. \_\_\_\_\_

2. El trato que usted recibió por parte del profesional que lo atendió es:

Muy Bueno \_\_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Malo \_\_\_\_\_

3. La condición de privacidad para su atención fue:

Muy Buena \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

4. La información suministrada por parte de los profesionales fue clara?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

5. Ha sido informado de los derechos y deberes como usuario de Vivasalud IPS?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

6. Como califica las condiciones de aseo y limpieza de la institución?

Muy Buena \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

7. Como califica los diferentes servicios de salud que ha recibido en la institución?

Muy Buena \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_ Muy Mala \_\_\_\_\_

8. Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_