

Factores determinantes de Calidad en la satisfacción del paciente en urgencias.

Esta encuesta hace parte de un proyecto académico de investigación y tiene como objetivo conocer su experiencia en el servicio de urgencias pediátricas, con el fin de identificar los factores que influyen en la satisfacción del paciente.

✅ **Su participación es completamente voluntaria y anónima.**

👤 👤 Su opinión es muy valiosa y contribuirá directamente al fortalecimiento del servicio de urgencias. Agradecemos profundamente su tiempo y honestidad al responder.

* Indica que la pregunta es obligatoria



1. Turno de atención en urgencias *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Mañana
- ☐ Tarde
- ☐ Noche

2. Rol de quien responde *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Paciente (mayor de edad)
- ☐ Acudiente /Acompañante

3. Sexo (de la persona que responde) *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ Otro

4. Edad del paciente

Marca solo un óvalo.

- ☐ Menor de 1 año (lactante)
- ☐ 1 a 4 años (preescolar)
- ☐ 5 a 9 años (escolar)
- ☐ 10 a 14 años (preadolescente)
- ☐ 15 a 17 años (adolescente)
- ☐ Mayor de edad (soy el paciente)

5. Edad (de la persona que responde) *

Marca solo un óvalo.

- ☐ 18 a 25 años
- ☐ 26 a 35 años
- ☐ 36 a 45 años
- ☐ 46 a 55 años
- ☐ 56 a 65 años
- ☐ Más de 65 años

6. EPS a la que se encuentra afiliado/a el paciente *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Famisanar
- ☐ SURA
- ☐ Salud Total
- ☐ Nueva EPS
- ☐ Sanitas
- ☐ Pólizas
- ☐ Otros: _____

7. ¿Es la primera vez que utiliza este servicio de urgencias en la clínica? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

Accesibilidad y Tiempos de espera

A continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas con su experiencia en el servicio de urgencias. Por favor, indique cómo califica cada una de ellas, seleccionando la opción que mejor refleje su opinión.

Por favor, califique **del 1 al 5** cada aspecto, donde:

- 1 significa **Muy malo**

- 2 significa **Malo**

- 3 significa **Regular**

- 4 significa **Bueno**

- 5 significa **Excelente**

8. ¿Cómo califica el tiempo que tardaron en atender al paciente en triage desde su llegada a urgencias? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

9. ¿Qué tan clara fue la información que recibió sobre el tiempo estimado de espera? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

10. ¿Qué tan satisfecho(a) estuvo con el tiempo que esperó para recibir atención? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

11. ¿Cómo evaluaría la organización y claridad del proceso de triage? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

12. ¿En algún momento consideró retirarse del servicio por la espera? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Tal vez

Atención y trato del personal

13. ¿Cómo calificaría la claridad con la que le explicaron el estado de salud del paciente? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

14. ¿Qué tan amable y humano fue el trato del personal? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

15. ¿Cómo valoraría el acompañamiento emocional recibido durante la atención? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

16. ¿Qué tan dispuestos estuvieron los profesionales en resolver sus dudas? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

Infraestructura y recursos disponibles

17. ¿Cómo calificaría la disponibilidad oportuna de medicamentos, equipos, exámenes médicos o camas? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

18. ¿Cómo calificaría la comodidad, limpieza y seguridad de las instalaciones? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

Información y orientación

19. ¿Cómo califica la explicación que le dieron sobre el proceso de atención? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

20. ¿Qué tan claro fue el acompañamiento para realizar trámites administrativos o resolver dudas? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

21. ¿Qué tan clara fue la información sobre los pasos a seguir al salir del servicio (tratamiento, citas, medicamentos)? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

Percepción global del servicio

22. En general, ¿cómo calificaría la calidad en este servicio de urgencias? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

23. ¿Qué tan dispuesto(a) estaría a volver a atenderse en este servicio si lo necesitara? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

24. ¿Qué tan dispuesto(a) estaría a recomendar este servicio de urgencias a otras personas? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

25. ¿Qué fue lo que más le gustó del servicio de urgencias? *

26. ¿Qué aspectos considera que podrían mejorar? *

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

