

Accesibilidad y tiempo de espera						
Ítem	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	El tiempo de espera desde mi llegada hasta la atención triage fue razonable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Me sentí informado/a sobre cuánto debía esperar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	En ningún momento consideré retirarme del servicio por la espera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	El proceso de clasificación (triage) fue claro y organizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención y trato del personal						



Ítem	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
5	Me explicaron de forma clara y comprensible el estado de salud del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Sentí que el personal médico trató al paciente con calidez humana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	El personal de salud mostró amabilidad y respeto durante la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Me brindaron tranquilidad durante una situación emocionalmente difícil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Me sentí escuchado/a por el personal de urgencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infraestructura y recursos disponibles						
Ítem	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
10	Considero que los recursos (medicamentos, equipos, exámenes) fueron adecuados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	La infraestructura del servicio de urgencias fue cómoda y limpia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Me sentí seguro/a dentro de las instalaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información y orientación						
Ítem	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
13	Me explicaron claramente los pasos del proceso de atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	El personal me orientó en caso de dudas o trámites administrativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Al salir del servicio, tuve claridad sobre los pasos a seguir (tratamiento, citas, medicamentos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



16	Sentí que la información que me brindaron fue veraz y completa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percepción global y experiencia emocional						
Ítem	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
17	Me sentí acompañado emocionalmente durante la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Considero que hicieron todo lo posible por el bienestar del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Estoy satisfecho/a con la atención recibida en esta visita a urgencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Recomendaría este servicio de urgencias a otros usuarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Volvería a atenderme en este servicio si lo necesitara nuevamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección de Preguntas abiertas.

¿Qué fue lo que más le gustó del servicio de urgencias recibido?

¿Qué aspectos considera que podrían mejorar?



¿Desea dejar algún comentario adicional sobre su experiencia?



SECCIÓN DE RETROALIMENTACIÓN.

¿Las instrucciones de la encuesta fueron claras?

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Por qué? _____

¿Alguna pregunta le pareció confusa o difícil de responder?

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____



☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

☐ Sí ☐ No – ¿Cuál? _____

¿Qué tan largo le pareció el cuestionario?

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo



☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

☐ Muy corto ☐ Adecuado ☐ Muy largo

¿Tiene alguna sugerencia para mejorar esta encuesta?



VALIDACIÓN DEL MECANISMO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

¿Cuál formato prefiere para este tipo de encuestas?

- ☐ Digital (por QR o en el celular)
- ☐ Físico (papel)

¿Puede diligenciarla por su cuenta, sin ayuda?

- ☐ Sí
- ☐ No, necesitó acompañamiento