

CÓDIGO: FO-RH-31 **VERSIÓN:** 0 **FECHA:** 15-Nov-19

¡Queremos escucharte para mejorar, por favor, danos tu opinión y cuéntanos tu experiencia!

1. ¿Cómo valoraría el trato recibido por el personal de salud?

<input type="radio"/>				
1	2	3	4	5

Donde el 1 es la menor puntuación y el 5 la máxima puntuación

2. Sobre el servicio recibido

	SÍ	NO
1. ¿Sintió que el personal de salud se preocupaba por solucionar su problema? (le dedicó tiempo, le escuchó).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Recibió una explicación clara sobre lo que deseaba saber acerca de su salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando se le da la medicación, ¿Se le explica que se le está dando y como debe tomarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Está conforme con el servicio recibido? (recibió un trato con cortesía y respeto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Sobre el espacio físico

	SÍ	NO
1. ¿El espacio físico está en buen estado? (Equipos, si aplica)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Le es fácil encontrar la enfermería?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.-) Comentarios y/o sugerencias

CÓDIGO: FO-RH-31 **VERSIÓN:** 0 **FECHA:** 15-Nov-19

¡Queremos escucharte para mejorar, por favor, danos tu opinión y cuéntanos tu experiencia!

1. ¿Cómo valoraría el trato recibido por el personal de salud?

<input type="radio"/>				
1	2	3	4	5

Donde el 1 es la menor puntuación y el 5 la máxima puntuación

2. Sobre el servicio recibido

	SÍ	NO
1. ¿Sintió que el personal de salud se preocupaba por solucionar su problema? (le dedicó tiempo, le escuchó).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Recibió una explicación clara sobre lo que deseaba saber acerca de su salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando se le da la medicación, ¿Se le explica que se le está dando y como debe tomarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Está conforme con el servicio recibido? (recibió un trato con cortesía y respeto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Sobre el espacio físico

	SÍ	NO
1. ¿El espacio físico está en buen estado? (Equipos, si aplica)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Le es fácil encontrar la enfermería?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.-) Comentarios y/o sugerencias

CÓDIGO: FO-RH-31 **VERSIÓN:** 0 **FECHA:** 15-Nov-19

¡Queremos escucharte para mejorar, por favor, danos tu opinión y cuéntanos tu experiencia!

1. ¿Cómo valoraría el trato recibido por el personal de salud?

<input type="radio"/>				
1	2	3	4	5

Donde el 1 es la menor puntuación y el 5 la máxima puntuación

2. Sobre el servicio recibido

	SÍ	NO
1. ¿Sintió que el personal de salud se preocupaba por solucionar su problema? (le dedicó tiempo, le escuchó).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Recibió una explicación clara sobre lo que deseaba saber acerca de su salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando se le da la medicación, ¿Se le explica que se le está dando y como debe tomarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Está conforme con el servicio recibido? (recibió un trato con cortesía y respeto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Sobre el espacio físico

	SÍ	NO
1. ¿El espacio físico está en buen estado? (Equipos, si aplica)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Le es fácil encontrar la enfermería?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.-) Comentarios y/o sugerencias