

<https://institutoneurologico.org/peticiones-quejas/>



**Peticiones, Quejas,
Reclamos,
Sugerencias,
Denuncias Y
Felicitaciones**



VIGILADO Supersalud
Unidad de Atención al Usuario (UAAU) 14882000 - Bogotá, D.C.
Código de Verificación: 110800712008

Enviar Petición, Queja, Reclamo, Sugerencia, Denuncia y Felicitaciones

Haga clic aquí para enviar la PQRSDF

Realizar seguimiento a PQRSDF

Haga clic aquí para realizar seguimiento a PQRSDF

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA

Su aporte es muy importante para prestarle una atención excelente.
Permítanos conocer su opinión, nos ayudará a mejorar nuestros servicios.
CALIFIQUE ASÍ: 5 como la mejor calificación y 1 la más baja:

5	Excelente	4	Buena	3	Regular	2	Mala	1	Muy Mala	NA:	No aplica
---	-----------	---	-------	---	---------	---	------	---	----------	-----	-----------

MARQUE CON UNA "X" EL SERVICIO DONDE FUE ATENDIDO:

NEUROFISIOLOGIA - Electroencefalograma ☐ - Polisomnografía ☐ - Videomonitorio ☐ - Potenciales Evocados ☐ - Electromiografía ☐		IMAGENOLÓGIA (APOYO DIAGNOSTICO) - Rayos X ☐ - Tomografía ☐ - Resonancia Magnética ☐ - Radiocirugía-Cyberknife ☐	
HOSPITALIZACIÓN		URGENCIAS	
UCI-UCE		CONSULTA EXTERNA	
CIRUGIA		NEUROPSICOLOGÍA	
LABORATORIO CLÍNICO		SEDE APARTADÓ	
Otro: _____ ¿Cuál? _____			

PREGUNTAS	5	4	3	2	1	NA
1. ¿Cómo le pareció la atención y el trato del personal que lo atendió?						
2. ¿La información sobre su enfermedad, tratamiento, beneficios y riesgos de los mismos fue clara y completa?						
3. ¿Se le explicó en forma clara los cuidados que debe tener con su enfermedad en casa?						
4. ¿Tuvo la oportunidad de aclarar sus dudas respecto a su enfermedad y tratamiento?						
5. ¿Cómo califica el servicio en cuanto a:						
➤ ¿Alimentación?						
➤ ¿Privacidad?						
➤ ¿Comodidad?						
➤ ¿Señalización?						
➤ ¿Aseo?						
6. ¿La educación brindada durante el proceso de atención es útil para el cuidado de su salud?						
7. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?						

8. ¿Recomendaría al Instituto a sus familiares y amigos?

Definitivamente Sí	
Probablemente Sí	
Definitivamente No	
Probablemente No	

9. ¿En algún momento de la atención, se le entregó información sobre sus Derechos y Deberes?

SI	NO
----	----

10. ¿Recuerda algún derecho o deber – Cual?

Sugerencias de Mejoramiento: _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Municipio: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Aseguradora: _____

Fecha de la atención: _____ Fecha en que realiza la encuesta: _____