

 Hospital Neurológico de Colombia	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITAL NEUROLÓGICO DE COLOMBIA FUNDACIÓN IVÁN JIMÉNEZ
---	--

Revisión: 06	Código: GRGAUF02	Responsable: Sistema Integrado de Gestión.
---------------------	-------------------------	---

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 ☐	IMAGENOLOGÍA (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	

Página 1 de 2	Elaboró: Asistente del SIG Revisó: Dirección General	Aprobó: General	Dirección	Fecha : 09/07/2026
---------------	---	-----------------	-----------	--------------------

Probablemente No	
---------------------	--

	SI	NO
9. ¿En algún momento de la atención, se le entregó información sobre sus Derechos y Deberes?		
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: _____



Hospital **Neurológico** de Colombia

PQRSDF

Tipo de Usuario

- ☐ EPS
- ☐ Paciente
- ☐ Neurológico de Colombia
- ☐ Otro
- ☐ Anónimo

Pregunta requerida

Su manifestación es por

- ☐ Servicio prestado
- ☐ Consecución de la cita
- ☐ Oportunidad de la cita
- ☐ Relacionado con la producción del aire medicinal
- ☐ Tratamiento de datos personales

Pregunta requerida

Sede a la que pertenece su requerimiento



Pregunta requerida

Información del requerimiento



Tipo de Requerimiento



Pregunta requerida

Escriba aquí su requerimiento *



Pregunta requerida

Documentos Adjuntos

Seleccione o arrastre aquí sus archivos

Servicio



Pregunta requerida

Condiciones



La FUNDACIÓN INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA me ha informado que los datos personales recolectados en este documento se utilizan con la finalidad del diligenciamiento del consentimiento informado para la aceptación de la atención en salud por parte de la FUNDACIÓN INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA. También me informó que se recolectan datos sensibles como los relativos a la salud y datos de menores de edad que son necesarios para la prestación del servicio de salud y que puedo consultar su política de tratamiento de datos personales en la página web www.institutoneurologico.org, además he sido informado que tengo el derecho a actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos personales a través de los canales descritos en la política. Por lo tanto, con la firma del presente consentimiento autorizo a la FUNDACIÓN

INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA a tratar mis datos personales, incluyendo los de carácter sensible. En la opción consulta de PQRSD podrá verificar el estado de la respuesta.

Aceptación de condiciones

☐

Pregunta requerida

Enviar

