

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Con el fin de mejorar y adecuar los servicios sanitarios del Hospital Regional Universitario de Málaga a las necesidades de nuestros usuarios, deseáramos conocer su opinión y el grado de satisfacción con la atención recibida. Por tanto, le solicitamos que cumplimente este cuestionario de forma anónima y se lo entregue al personal sanitario o en la secretaría de la Unidad.

Fecha	<input type="checkbox"/>	La persona que contesta es:	La edad de la persona que contesta es:
/ /		<input type="checkbox"/> El propio paciente <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Familiar/acompañante <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> de 14 a 29 <input type="checkbox"/> de 46 a 65 <input type="checkbox"/> de 30 a 45 <input type="checkbox"/> mas de 65

<i>¿Cómo valoraría los siguientes aspectos durante su paso por el servicio de Endoscopia Digestiva?</i>	<i>Muy Buena</i>	<i>Buena</i>	<i>Ni Buena Ni Mala</i>	<i>Mala</i>	<i>Muy Mala</i>
Horario del servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información recibida para la preparación de la prueba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Señalización del servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza del servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respeto a su intimidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidencialidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confortabilidad del servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confianza en el servicio y los profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación del personal: tarjeta identificativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo de espera hasta pasar a realizar la exploración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo de espera para darle cita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disposición del personal para escucharlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestias durante la prueba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información sobre la prueba realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato recibido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calificación al servicio si recomendará a otro familiar/amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calificación de la Asistencia Sanitaria recibida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grado de Satisfacción del procedimiento en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué es lo que mas le ha gustado de este servicio?

¿Qué es lo que menos le ha gustado de este servicio?

Muchas gracias por su colaboración