

Eje 2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud – a

Actividad: Diseñar y aplicar un instrumento de medición (encuesta) que permita identificar y evaluar el grado de conocimiento en relación a mecanismos de participación social a los usuarios en salas de espera de EAPB e IPS del Distrito de Riohacha.

Descripción: se diseñó un formato de encuesta como instrumento de apoyo para medir el nivel de satisfacción y el conocimiento sobre los mecanismos de participación social

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

EAPB A LA QUE ESTA AFILIDAD (A): \_\_\_\_\_

Con el fin de conocer sus opiniones respecto al servicio y atención prestado por su EAPB habitual, así como de conocer las expectativas que sobre el mismo tenga; por favor conteste el siguiente cuestionario:

#### SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA EAPB

ORDEN	DE LOS SERVICIOS QUE USTED A SOLICITADO EN SU EPS, CALIFIQUE LA ATENCION PRESTADA EN:	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
1	Consulta Médica General				
2	Consulta Médica Especialista.				
3	Urgencias.				
4	Odontología.				
5	Planificación.				
6	Medicamentos.				
7	Hospitalización.				
8	Tiempo de espera para programación de citas.				
9	Puntualidad en la atención de las citas.				
10	Amabilidad con la que fue atendido.				
11	Infraestructura (aseo, comodidad en las instalaciones.				
12	Servicio en general prestado por la IPS.				

13. Tienes conocimiento de que es el SAC: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

13. Conoce usted de la existencia de las Asociaciones de usuarios: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

14. Le gustaría formar parte de la Asociación de Usuarios: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

15. Conoces los Comité de Participación Comunitario en Salud (COPACOS): SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

16. Le gustaría formar parte de los COPACOS: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

17. Sabes que son las Veedurías en Salud: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

18. Le gustaría formar parte de las Veedurías en Salud: **SI:** \_\_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_\_

19. Existen ventanillas preferenciales (Adulto Mayor, Discapacitados): **SI:** \_\_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_\_

TIENE ALGUNA RECOMENDACIÓN QUE PUEDA CONTRIBUIR A MEJORAR LA ATENCION DE LA INSTITUCION: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---