



Encuesta de satisfacción al PSS médicas

A los fines de lograr la habilitación de su Establecimiento de Salud usted ha estado en contacto con el Personal que labora en la Dirección de Habilitación de Servicios y Establecimientos de Salud, por lo que nos gustaría comprobar si las atenciones recibidas han sido satisfactorias.

Sus respuestas, confidenciales, se utilizarán para mejorar el servicio que brindamos.

| | | Fecha | | | |
|---|--|------------|---------------------------|-------|-----------|
| Tipo de Contacto con nuestro Personal | Orientación sobre los Planos. | | Otro. Especifique: | | |
| | Orientación sobre Habilitación. | | | | |
| | Técnico-Legal | | | | |
| | Inspección | | | | |
| Evaluación | | | | | |
| Basándose en la experiencia del servicio y el trato recibido por parte de nuestro personal, por favor, valore los siguientes renglones con una X: | | | | | |
| No. | DESCRIPCIÓN | DEFICIENTE | REGULAR | BUENO | EXCELENTE |
| I. | Su Impresión Personal | | | | |
| 1. | Tiempo de espera. | | | | |
| 2. | Cortesía en la atención. | | | | |
| 3. | Apariencia del personal. | | | | |
| 4. | Profesionalidad del personal. | | | | |
| 5. | Fiabilidad del servicio recibido. | | | | |
| 6. | Tiempo empleado en la atención. | | | | |
| 7. | Capacidad de respuesta. | | | | |
| 8. | Calidad de la Información. | | | | |
| 9. | Condiciones físicas del área. | | | | |
| II | Satisfacción General con el Servicio Recibido. | | | | |
| III | ¿Cuáles recomendaciones nos daría a favor de mejorar el servicio? | | | | |
| Gracias por apoyarnos en la Mejora Continua de los Procesos Internos. | | | | | |