**Cuestionario para conocer el nivel de satisfacción del usuario externo con los servicios que brinda la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Servicios Paramédicos**

El propósito de este cuestionario anónimo es conocer su opinión con respecto a los servicios que otorga esta subdirección.

APLICADO A: Paciente ( ) Familiar ( )

Nombre del Servicio evaluado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Turno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En escala del 0 al 10, donde 0 es lo peor y 10 es lo mejor: Calificación

¿Qué calificación le asigna al trato que recibió en este servicio? ( )

¿ Qué calificación le asigna a la atención que le brindó este servicio? ( )

¿ Qué calificación le asigna a la puntualidad de este servicio? ( )

¿ Qué calificación le asigna a la eficiencia de este servicio? ( )

¿ De qué manera cubrió este servicio sus expectativas como usuario? ( )

¿Tuvo alguna dificultad o inconveniente al ser atendido en este servicio? Si ( ) No ( )

En caso afirmativo, descríbala:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué sugerencias tiene para mejorar la calidad de este servicio?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de aplicación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de aplicación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

F01-PR-SDP-06 Rev. 03 DIC 20