
	FORMULARIO		CÓDIGO:	DHA-FO-040	
	Encuesta de Satisfacción a Usuarios		VERSIÓN:	02	
	RESPONSABLE	Enc. de Calidad DHA	PÁGINA:	Página 1 de 1	

Encuesta de Satisfacción Servicio al PSS

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 y Acreditación, 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				
<p><u>Evaluación</u></p> <p>Basándose en la experiencia del servicio y el trato recibido por parte de nuestro personal, por favor, valore los siguientes renglones con una X:</p>					
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.					