

Nombre: _____
Tipo de documento: CC __ TI __ CE __
Nº de documento: _____
EPS: _____
Régimen: Subsidiado __ Contributivo __
Edad: _____ Sexo: F __ M __ Estrato
Socioeconómico: ____
Dirección: _____
Nº Celular: _____
Correo: _____
Último grado cursado: _____
Ocupación: _____

Responda con una X las siguientes preguntas.

- 1) En una escala del 1 al 5, ¿Qué tan saludable se considera?
1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __
- 2) ¿Sufre alguna enfermedad crónica?
SI __ NO __
- 3) ¿Con qué frecuencia asiste a valoración médica?
Una vez cada 3 meses __
Una vez cada 6 meses __
Una vez al año __
Solo cuando sea necesario __
Nunca __
- 4) ¿A qué capacidad puedes realizar tus actividades cotidianas?
Excelente __ Buena __
Moderada __ Grave __
- 5) ¿Cuántos medicamentos toma diariamente?
1 __ 2 __ 3 __ 4 __
Más de 4 __ Ninguno __
- 6) ¿Conoce la oficina SIAU y sus funciones?
SI __ NO __
- 7) ¿Ha utilizado el buzón de sugerencias?
SI __ NO __
- 8) ¿Sabe qué es una Asociación de Usuarios?
SI __ NO __
- 9) ¿La IPS Ladmedis tiene Asociación de Usuarios?
SI __ NO __
- 10) ¿Conoce los integrantes de la Asociación de Usuarios?
SI __ NO __
- 11) ¿Quisiera ser parte de la Asociación de Usuarios?
SI __ NO __
- 12) ¿Cuáles de los siguientes servicios presta la IPS Ladmedis?
Medicina General __ Odontología __
Psicología __ PyP __
- 13) ¿Cuáles son las sedes de la IPS?
SI __ NO __ ¿Cuáles?

- 14) ¿Cómo califica la atención que ha recibido de los funcionarios de la IPS?
Excelente __ Buena __
Regular __ Mala __
- 15) ¿Ha tenido inconvenientes con la asignación de citas y otros servicios?
SI __ NO __
- 16) ¿Qué sugerencias tiene para la IPS?

