

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?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_