

# Encuesta de satisfacción - Instituto Gamma | Cirugía ambulatoria

Grupo Gamma le agradece su reciente visita a Instituto Gamma. En nuestro afán por brindar cada día una mejor experiencia a nuestros pacientes, le solicitamos 5 minutos de su tiempo para responder la siguiente encuesta de satisfacción:

## \*1. 1.¿Realizó Ud. la consulta previa a la cirugía con el anestesiólogo?

- Sí  No  No contesta

## \*2. ¿El Profesional le informó sobre la administración de la anestesia respondiendo a sus inquietudes?

- Más de lo que esperaba  Igual que lo que esperaba  Menos de lo que esperaba  Mucho menos de lo que esperaba  No sabe - No contesta

## \*3. ¿La recepcionista le explicó previo a su cirugía los requisitos y/o recomendaciones necesarias para su internación?

- Más de lo que esperaba  Igual que lo que esperaba  Menos de lo que esperaba  Mucho menos de lo que esperaba  No sabe - No contesta

## \*4. ¿El día de la cirugía, la recepcionista actuó con diligencia?

- Más de lo que esperaba  Igual que lo que esperaba  Menos de lo que esperaba  Mucho menos de lo que esperaba  No sabe - No contesta

## \*5. ¿El/la enfermero/a percibió sus necesidades en forma oportuna y actuó al respecto?

- Más de lo que esperaba  Igual que lo que esperaba  Menos de lo que esperaba  Mucho menos de lo que esperaba  No sabe - No contesta

## \*6. ¿El Médico a cargo de su recuperación durante la internación ambulatoria, respondió a sus necesidades en forma oportuna?

- Más de lo que esperaba  Igual que lo que esperaba  Menos de lo que esperaba  Mucho menos de lo que esperaba  No sabe - No contesta

**\*7. ¿Si tuvo dolor, o malestar post - operatorio, considera que se trabajó para mejorar su condición?**

- Más de lo que esperaba     
  Igual que lo que esperaba     
  Menos de lo que esperaba     
  Mucho menos de lo que esperaba     
  No sabe - No contesta

**\*8. ¿Cómo evalúa el confort en los siguientes sectores?**

	Mejor de lo que esperaba	Igual que lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Mucho peor de lo que esperaba	No sabe - No contesta
En la Admisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En la habitación de recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**\*9. ¿Cómo evalúa la limpieza en los siguientes sectores?**

	Mejor de lo que esperaba	Igual que lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Mucho peor de lo que esperaba	No sabe - No contesta
En la Sala de Espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En los sanitarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En la habitación de recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**\*10. ¿Cómo evalúa el tiempo de espera es los siguientes sectores?**

	Mejor de lo que esperaba	Igual a lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Mucho peor de lo que esperaba	No sabe - No contesta
En la admisión de Internación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En el ingreso al sector de Internación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En la admisión del Médico a cargo de la recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En el momento del Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**\*11. ¿Al momento del alta, recibió indicaciones médicas?**

- Sí     
  No     
  No sabe - No contesta

**12. Calificación General: Usando un número del 0 al 10, siendo el 0 la peor experiencia posible y el 10 la mejor, ¿que número utilizaría para calificarnos?**

0 - La peor experiencia posible	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 - La mejor experiencia posible
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 13. ¿Por qué eligió el Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria para su intervención?

- Por comodidad y/o cercanía
- Por una publicidad o aviso
- Por información recabada de Internet
- Por recomendación de su médico/cirujano
- Porque pertenece a la red integrada de salud de Grupo Gamma
- Por recomendación de un familiar, amigo o conocido
- Por su cobertura/obra social/prepago
- Por una experiencia personal anterior

Otro (especifique)

## 14. ¿Recomendaría nuestro Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria a sus amigos y familiares?

- Seguro que sí       Probablemente sí       Probablemente no       Seguro que no

## 15. Si usted desea hacernos conocer otra sugerencia y observación, por favor complete el siguiente espacio:

Le agradecemos por su tiempo.

Sus respuestas serán confidenciales, y de gran valor para ayudarnos a mejorar nuestros servicios.

Cualquier otra consulta no dude en contactarnos vía [contactoweb@grupogamma.com](mailto:contactoweb@grupogamma.com)

Departamento de Calidad y Seguridad  
Grupo Gamma