

## CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN. HOSPITALIZACIÓN

Para mejorar la calidad de la Atención Sanitaria a los ciudadanos ingresados en nuestra Planta, le agradeceríamos que completase esta encuesta de satisfacción anónima señalando con una "X" la casilla correspondiente.

Indicador de satisfacción	Muy alta	Alta	Normal	Baja	Muy baja	No procede
Calidad de la comida (temperatura, variedad)						
Limpieza de la habitación						
Comodidad de las habitaciones (espacios, ruidos, mobiliario)						
Comprensión de la información de las enfermeras						
Comprensión de la información de los médicos						
Conoce el nombre de su enfermera referente						
Conoce el nombre de su médico						
El personal de planta se dirige a usted por su nombre						
El personal de planta se dirige a usted con respeto						
Intimidad						
Ha leído el documento de Consentimiento Informado						
Le han informado con claridad sobre su enfermedad y su evolución						
Le han informado sobre cuidados y tratamientos que debe seguir en casa						
Qué le ha parecido la atención recibida por el personal médico						
Qué le ha parecido la atención recibida por el personal de enfermería						

Observaciones (si desea dar alguna opinión sobre aspectos que podamos mejorar):

---

---

---

Gracias por su colaboración.

Por favor, deposite este documento en la urna o buzón correspondiente el día del Alta Hospitalaria o envíelo a [sugerencias@aparatolocomotor.es](mailto:sugerencias@aparatolocomotor.es)