



Unidad Universitaria de Enfermedades Cardiometabólicas  
Encuesta de satisfacción de Usuarios

Fecha: \_\_\_\_\_

Marque el que Usted considere que califica mejor los siguientes aspectos en la Unidad.

**1. La atención que recibió en la recepción**

Excelente          Bien          Regular          Mal ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**2. El tiempo de espera para ser atendido por el profesional de la salud**

Excelente          Bien          Regular          Mal ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**3. La atención proporcionada por el profesional de la salud con quien consultó**

**Médico:**          Excelente          Bien          Regular          Mal ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**Nutrióloga(o):** Excelente          Bien          Regular          Mal ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**Psicólogo:**          Excelente          Bien          Regular          Mal ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**4. Las instalaciones y la limpieza de la unidad**

Excelente          Bien          Regular          Mal ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**5. ¿Cómo se enteró del servicio?** \_\_\_\_\_

**6. ¿Recomendaría nuestro servicio?    SI          NO ¿Por qué?** \_\_\_\_\_

**7. Escriba por favor alguna sugerencia para mejorar** \_\_\_\_\_