ENCUESTA PACIENTE SAHOS 8 DIAS

|  |  |
| --- | --- |
| Pregunta | Respuesta |
| ¿Los equipos entregados fueron probados durante la visita y se encuentran funcionando correctamente? Si, No, Por qué? | Si  No  Nota: Se debe contar con el espacio de observaciones |
| ¿Usted recibió la capacitación de manejo y cuidados del equipo entregado? Si, No, Por qué? | SI  NO  Nota: Se debe contar con el espacio de observaciones |
| ¿Considera que la información brindada para el manejo de equipos fue clara? Si, No, Por qué? | SI  NO  Nota: Se debe contar con el espacio de observaciones |
| ¿Le Entregaron los Soportes del Servicio Debidamente Diligenciados y Firmados? Si, No, Por qué? | SI  NO  Nota: Se debe contar con el espacio de observaciones |
| ¿Cómo calificaría su experiencia con el servicio prestado durante la entrega de equipos de terapia de sueño? Siendo 1 muy inadecuado y 5 muy adecuado. | 1  2  3  4  5  Nota: Se debe contar con el espacio de observaciones |
| ¿Ha prestado dificultades con el equipo? Si, No, Por qué? | SI  NO |
| Si la respuesta anterior es “SI”, Cuales dificultades se han presentado con el equipo? | Ruido  Fuga de Agua  Cable eléctrico  Tarjeta  presión  Otros  N/A  Nota: Se debe contar con el espacio de observaciones |
| ¿Ha prestado dificultades con la máscara? Si, No | SI  NO |
| Si la respuesta anterior es “SI”, Cuales dificultades se han presentado con la máscara? | Arnés  Silicona  Talla  Válvula |