

	BANCO DE SANGRE DE REFERENCIA REGIONAL COCHABAMBA	<b>CODIGO</b>
	<b>REGISTRO DE CALIDAD</b>	RG-DQ-005v001
		<b>VERSION</b>
<b>ENCUESTA DE SATISFACCION DE UNIDADES TRANSFUNCIONALES</b>		001
		Página 1 de 1

<b>SERVICIO TRANSFUNCIONAL</b>			
<b>RESPONSABLE</b>		<b>FECHA</b>	

1.- COMO CALIFICARIA NUESTROS SERVICIOS EN CUANTO A:	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Muy satisfecho
a. Coincidencia entre hemocomponentes solicitados y entregados				
b. Identificación de los hemocomponentes				
c. Plazos entrega de los hemocomponentes.				
d. Facilidad de comunicación con el servicio				
e. Resolución de incidencias				

2.- ESTA USTED SATISFECHO CON LA CALIDAD GLOBAL DE NUESTROS SERVICIOS?	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Muy satisfecho

3.- ¿TIENE ALGUNA SUGERENCIA QUE REALIZAR? ¿NECESITA DE ALGUN SERVICIO QUE NO LE ESTAMOS PRESTANDO?	SI	NO

✓ **EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUAL:**