

PLANILLA DE CONFORMIDAD DEL AFILIADO

Apellido y nombres	
N° de afiliado	
Teléfono	Teléfono alternativo
Dirección	Localidad
Correo electrónico	

1) Indique el grado de satisfacción que brinda la terapia

<input type="checkbox"/>	Regular
<input type="checkbox"/>	Bueno
<input type="checkbox"/>	Muy bueno
<input type="checkbox"/>	Excelente

Observaciones

2) ¿Cuántas horas usa el equipo de Asistencia Ventilatoria?

3) ¿Deambula con el equipo? SI NO

4) ¿Durante cuánto tiempo? ¿En qué ocasiones?

5) ¿Cómo calificaría el servicio prestado por la casa proveedora en los siguientes ítems?

	R	B	MB	EXC
Rapidez en la entrega				
Capacitación recibida por el técnico				
Resolución ante reclamos efectuados				
Entrega de descartables				

Observaciones

Firma y aclaración afiliado o persona a cargo

Recuerde que: la presente planilla debe ser enviada junto con Historia Clínica actualizada por médico tratante, estudios actualizados en caso de haber sido solicitados a IOMA según Delegación.