

Encuesta de Satisfacción de los Pacientes

Nombre de su médico: _____ Fecha: _____

Por favor tome unos minutos para llenar esta encuesta sobre la calidad del servicio que recibió antes y durante su visita.

Sus respuestas se mantendrán confidenciales

Descripción	Muy pobre	Pobre	Feria	Buena	Muy bien	No se aplica
	1	2	3	4	5	NA
<input type="checkbox"/> ¿La recepcionista y la check-out personal fueron servicial, cortés y compasivo con usted?						
<input type="checkbox"/> ¿El personal de enfermería fue cortés, servicial y compasivo con usted?						
<input type="checkbox"/> ¿Fue rápido al regresarle la llamada de médica o la enfermera durante horas de oficina?						
<input type="checkbox"/> ¿Fue rápido al regresarle la llamada de médica de guardia después de horas de oficina?						
<input type="checkbox"/> ¿Tubo la facilidad o la atención adecuada de la recepcionista o del personal cuando usted llama para una cita o servicio?						
<input type="checkbox"/> ¿Es satisfactorio el periodo de tiempo que se hizo la cita y el día de la visita?						
<input type="checkbox"/> ¿Es satisfactorio en general con su tiempo de espera para ser visto por un médico?						
<input type="checkbox"/> ¿Es satisfactorio con el tiempo que el Doctor pasó con usted?						
<input type="checkbox"/> ¿Está usted satisfecho con la atención y comunicación respecto a su condición médica?						
<input type="checkbox"/> ¿Tiene usted total confianza para comunicar su salud o condición médica?						
<input type="checkbox"/> ¿Tendría usted total confianza si su médico le refiere un especialista si es necesario?						
<input type="checkbox"/> ¿Probabilidad de recomendar esta grupo de médicos á otros?						
<input type="checkbox"/> ¿Satisfacción general con su visitade hoy?						
<input type="checkbox"/> ¿Conveniencia de nuestras horas de oficina?						
<input type="checkbox"/> ¿En general, está usted satisfecho con la especialidad que se le proporciona a su hijo, en su visita médica?						
<input type="checkbox"/> Si el niño fue visto por un especialista, por favor indique el nombre de proveedor y clínica: _____						
<input type="checkbox"/> Total satisfacción de recursos de la comunidad que recomiende la práctica (es decir, lactancia materna, Educación de asma, crianza de los hijos, seguridad en internet, ayudas haciendo de la decisión de los padres, administración de peso obteniendo descuento medicamentos).						

Comentarios y sugerencias: _____
