

Encuesta de Satisfacción para el Paciente - abril 2015

Su sexo: Femenino

Masculino

Otro

Fecha ___/___/___

Raza/partencia étnica: americano africano hispano americano nativo anglo/blanco otro _____

Mi proveedor habitual es: _____

Por favor califique su experiencia con la clinica en **los últimos 12 meses**:

	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Nunca
Quando llamó por teléfono la clinica para pedir una cita para recibir atención inmediata , ¿ con qué frecuencia consiguió la cita tan pronto como la necesitaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo de espera incluye el tiempo en la sala de espera y en el cuarto de consulta. ¿Con qué frecuencia empezo el médico dentro de 15 minutos de su tiempo de cita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia le explicó este medico las cosas de una manera fácil de entender?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia le escuchó con atención este medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando este médico le mandó hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba, ¿con qué frecuencia alguien de esta clinica se comunicó con usted para darle los resultados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia los recepcionistas de la clinica le dieron toda la ayuda que usted creía que debían darle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sí	No
¿Hablaron usted y alguien de <i>esta clinica</i> sobre todas las medicinas recetadas que usted estaba tomando?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando hablaron de comenzar o suspender una medicina recetada, ¿le preguntó este médico sobre lo que usted creía que sería lo mejor para usted?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Habló con usted alguien de <i>esta clinica</i> sobre metas específicas para su salud?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hablaron usted y alguien de <i>esta clinica</i> sobre problemas personales, un problema familiar, uso de alcohol, uso de drogas o una problema mental o emocional?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algunos consultorios recuerdan a los pacientes de exámenes, tratamientos o citas antes de su siguiente visita. ¿Recibió usted algún recordatorio de cita de esta clínica antes de su cita?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le dio esta clinica información sobre qué hacer en caso de necesitar atención médica durante la noche, los fines de semana o los días feriados?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántos días tuvo que esperar normalmente para una cita cuando necesitaba atención inmediata ? <input type="checkbox"/> El mismo día <input type="checkbox"/> 1 día <input type="checkbox"/> de 2 a 3 días <input type="checkbox"/> de 4 a 7 días <input type="checkbox"/> más de 7 días				
Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor profesional médico posible y el10 el mejor profesional médico posible, ¿qué número usaría para calificar a este profesional médico? <input type="checkbox"/> 0 (el peor) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (el mejor)				
Comentarios:				

~ Gracias por su tiempo en llenar esta encuesta ~