



PCC Community Wellness Center

Encuesta sobre satisfacción del pacient

Fecha de hoy _____

Quisiéramos saber qué piensa de los servicios de salud que ofrecemos, para asegurar satisfaciendo sus necesidades. Sus respuestas afectan directamente la mejora de nuestros servicios. Todas las respuestas se mantendrán confidenciales y anónimas. ¡Gracias por su tiempo!

Favor de indicar el centro médico en donde es paciente:

LAKE AUSTIN SALUD ERIE COURT
SOUTH NORTH AVE. WEST TOWN



| Por favor circule el número según lo que considera es la calidad de nuestros servicios en los siguientes campos | Muy Bueno 5 | Bueno 4 | Regular 3 | Malo 2 | Muy Malo 1 | No Aplica NA |
|---|----------------|------------|--------------|-----------|---------------|-----------------|
|---|----------------|------------|--------------|-----------|---------------|-----------------|

Facilidad de recibir servicio

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|----|
| Habilidad de obtener una cita | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Horario de atención del centro | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Conveniencia de la localización del centro | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Facilidad para utilizar el sistema de teléfonos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |

Espera

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|----|
| Tiempo en la sala de espera | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Tiempo en la sala de consultas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Tiempo de espera para que le hagan exámenes | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Tiempo de espera en el teléfono | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Rapidez con que le devuelven llamadas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |

Personal

| <i>Todo el personal</i> | | | | | | |
|---|----|---|---|-----|---|----|
| Es respetuoso de su cultura | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| ¿Pudo comunicarse con el personal del centro en su idioma de preferencia? | SÍ | | | NO* | | |

*Si No, ¿cuál es su idioma de preferencia? _____

| <i>El proveedor médico</i> | El nombre de su proveedor médico es _____ | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|----|
| Le escucha | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Se toma suficiente tiempo con usted | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Le da buenos consejos y tratamiento | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Le explica lo que usted quiere saber | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |

| Por favor circule el número según lo que considera es la calidad de nuestros servicios en los siguientes campos | Muy bueno 5 | Bueno 4 | Regular 3 | Malo 2 | Muy malo 1 | No aplica NA |
|---|--|--------------------|--------------|-----------|-----------------------|--------------------|
| <i>Servicios de salud mental y bienestar</i> (trabajador social, psiquiatra, psicólogo) | El nombre de su proveedor es _____ | | | | | |
| Le escucha | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Se toma suficiente tiempo con usted | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Le da buenos consejos y tratamiento | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Le explica lo que usted quiere saber | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| <i>Enfermeras y Asistentes médicos</i> | | | | | | |
| Son amables y le prestan ayuda | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Responden a sus preguntas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Le prestan buen servicio | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| <i>Personal de recepción</i> | | | | | | |
| Es amigable y le presta ayuda | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Contesta sus preguntas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| <i>Todos los demás</i> (educador en diabetes, educador en salud, nutricionista) | Nombre del miembro del personal es _____ | | | | | |
| Le escucha | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Se toma suficiente tiempo con usted | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Le da buenos consejos y tratamiento | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Le explica lo que usted quiere saber | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Pago | | | | | | |
| Explicación de los cargos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Recolección de pago o dinero | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Instalaciones | | | | | | |
| El edificio es ordenado y limpio | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Es fácil encontrar el lugar a donde debe ir | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Comodidad y seguridad mientras espera | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Privacidad | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| Confidencialidad | | | | | | |
| Mi información personal se mantiene en privado | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| La probabilidad de recomendar a parientes y amistades | Seguro ☺ | Probable- mente | No sé | | Probable- mente no | Ni riesgos ☹ |
| ¿Considera este su centro de cuidado principal? | SÍ | | | NO | | |

¿Qué es lo que más le gusta de nuestro centro?

¿Qué es lo que menos le gusta de nuestro centro?

¿Tiene sugerencias para que mejoremos?

¿Hubo algún empleado que fue particularmente atento? Sí No

Si sí, ¿quién? _____

DESEO HABLAR MÁS CON ALGUIEN REFERENTE A MIS EXPERIENCIAS EN EL CENTRO MÉDICO

NO
SÍ

Nombre: _____
(Opcional)

Número Telefónico: _____
(Opcional)

¡Gracias por completar nuestra encuesta!