






## CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Por favor escribe su nombre (*opcional*): \_\_\_\_\_ Fech de visita: \_\_\_\_\_

Estimado Paciente:

Todos nosotros, en A+ Total Care, Estamos constantemente buscando mejorar nuestro servicio para usted y la comunidad Le pedimos que tome unos minutos para completar esta encuesta. Tus comentarios son confidenciales. Damos la bienvenida a cualquier sugerencia o comentario que tenga sobre la calidad de la atención que recibió.

<b>Por favor, coloque un ✓ En la columna que considere más apropiada</b>	 A+	 B	 C	 D	 F
¿El personal de servicios al paciente ( <i>repcionista</i> ) le saludan con una sonrisa?					
¿El personal de servicios al paciente fue cortés y eficiente?					
Dado el volumen de pacientes que esperan tratamiento en el momento de su visita, ¿considera que el tiempo de espera fue apropiado?					
Si el Proveedor y los Asistentes Médicos estuvieron ocupados y se le pidió que esperara, ¿fue una explicación dada por el Personal de Servicios al Paciente?					
¿Te saludó el Asistente Médico con una sonrisa y se presentó?					
¿Fueron los Proveedores y Asistentes Médicos quienes proveyeron su cuidado, cortés y eficiente?					
¿Siente que su Proveedor era conocedor y Cortés?					
¿El personal respondió a cualquier pregunta que pueda haber tenido?					
¿Se le explicó algún retraso en su tratamiento (es decir, pruebas de laboratorio o radiografías)?					
¿Las instalaciones estaban limpias y bien mantenidas en el momento de su visita?					
¿Estabas satisfecho con el cuidado que recibiste, mientras que un paciente en A+ Total Care?					

¿Tiene algún comentario o sugerencia con respecto a su experiencia en un A+ Total Care? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna persona que usted quisiera que reconociéramos por la atención que proporcionaron? \_\_\_\_\_

Sobre la base de la visita de hoy solamente, me recomiendan A+ Total Care a su familia y amigos?  Sí  No

Podemos compartir sus comentarios en nuestra página de Facebook, sitio web, o en nuestros materiales promocionales (*sólo se utilizarán los primeros nombres*)?  Sí  No

¿Le gustaría que el Director de Operaciones o el Administrador lo contacte?  Sí  No

Your Phone Number: \_\_\_\_\_ Best Time to Call: \_\_\_\_\_

**Por favor coloque este cuestionario en el cuadro de encuestas negro justo antes de la puerta de salida de la sala de espera**