

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Nuestra meta más importante es ofrecer un servicio de excelencia. Sus respuestas son importantes para nosotros y nos ayudarán a mejorar nuestros servicios. Gracias por contestar nuestra encuesta y compartir sus ideas con nosotros.

Fecha: _____

Hoy visité el Departamento de Salud en: Manteo Kill Devil Hills Frisco

Tipo de Visita: Chequeo Físico Examen Femenino Anual Vacunación WIC Laboratorio
Maternidad Chequeo del Niño Sano Diabetes/MNT Otro

Por favor, marque con el símbolo ✓ cómo estima usted que es nuestro desempeño en las siguientes áreas:	MUY BUENO 	BUENO	REGULAR 	MALO	MUY MALO 	N/A
¿Qué tan satisfecho está usted con su visita del día de hoy?						
CALIFIQUE LA VISITA DEL DIA DE HOY						
Disponibilidad de las citas médicas						
Horario de atención al público (Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.)						
Conveniencia de la ubicación						
Inmediatez en la devolución de las llamadas telefónicas						
ESPERA						
Tiempo transcurrido en la sala de espera						
Tiempo transcurrido en la sala de examen o de entrevista						
PERSONAL						
Amable y servicial con usted						
Le presta atención a usted						
Le dedica el tiempo necesario a usted						
Le proporciona instrucciones que usted entiende						
INSTALACIONES						
Las áreas están y se mantienen limpias						
La ubicación del Departamento de Salud es fácil de encontrar						
Mientras espera a ser atendido, tiene comodidad y seguridad						
¿Recomendaría usted al Departamento de Salud a su familia/ amistades?	Si No					
¿Qué ubicación del Departamento de Salud le es más conveniente?	Manteo		Frisco		Kill Devil Hills	

¿Qué es lo que más le gusta del Departamento de Salud?

¿Qué es lo que menos le gusta del Departamento de Salud?

¿Cómo supo por primera vez acerca del Departamento de Salud?

Sugerencias/Comentarios: _____

SERVING TO ASSURE HEALTHY PEOPLE AND COMMUNITIES

