

**Spanish Version
Primary Health Solutions. Inc.**

Encuesta De Satisfacción Para el Paciente

Quisiéramos saber que piensa usted de los servicios de salud que ofrecemos para asegurarnos que estamos satisfaciendo sus necesidades. Sus respuestas se tomarán en cuenta para mejorar nuestros servicios. Sus respuestas serán tomadas confidencialmente y anónimamente. ¡Gracias por su tiempo!

Su Edad: _____

Su Raza/Etnicidad: _____ Oriental

_____ Isla Pacifica

Su Sexo:

_____ Negro / africano Americano

Masculino _____

_____ Indio Americano / nativo de Alaska

Femenino _____

_____ Blanco (No Hispano ni Latino)

_____ Hispano o Latino (Todas las Razas)

_____ No Sé



Por favor califique los servicios en las siguientes áreas y circule el número de acuerdo con la calidad de cada servicio:	Muy Bueno 5	Bueno 4	Regular 3	Pobre 2	Muy Pobre 1
Facilidad de recibir cuidado:					
Habilidad para obtener una cita	5	4	3	2	1
Horas de servicio del Centro	5	4	3	2	1
Lugar donde se encuentra el Centro	5	4	3	2	1
Rapidez en contestarle por teléfono	5	4	3	2	1
El Consultorio:					
Tiempo en la sala del Centro	5	4	3	2	1
Tiempo en el cuarto de examen	5	4	3	2	1
Tiempo que espera para que le hagan un examen	5	4	3	2	1
Tiempo de espera para obtener los resultados del examen	5	4	3	2	1
Empleados:					
Proveedor: (Doctor, Dentista, Asistente Médico, Enfermera Practicante)					
Le escuchan	5	4	3	2	1
Se toman suficiente tiempo con usted	5	4	3	2	1
Le explican lo que usted quiere saber	5	4	3	2	1
Le dan buenos consejos y tratamiento	5	4	3	2	1
Enfermeras:					
Son amistosos y amables cuando le ayuden	5	4	3	2	1
Le contestan sus preguntas	5	4	3	2	1



Por favor califique los servicios en las siguientes áreas y circule el número de acuerdo con la calidad de cada servicio:	Muy Bueno 5	Bueno 4	Regular 3	Pobre 2	Muy Pobre 1
Todos Los Demás:					
Amables y dispuestos en ayudarlo	5	4	3	2	1
Le contestan sus preguntas	5	4	3	2	1
Pago:					
Lo que usted paga	5	4	3	2	1
Explicación de cargos	5	4	3	2	1
Colección de pago / dinero	5	4	3	2	1
Lugar:					
El consultorio está en orden y limpio	5	4	3	2	1
Es fácil de encontrar el lugar donde debe ir	5	4	3	2	1
Se siente cómodo y seguro cuando está esperando	5	4	3	2	1
Hay privacidad	5	4	3	2	1
Confidencialidad:					
Mi información personal se mantiene en privado	5	4	3	2	1
La probabilidad de recomendar a parientes y amistades:	5	4	3	2	1
¿Considera esta clínica 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 mejoramiento? _____

¡Gracias por su tiempo en llenar esta encuesta!

