El departamento de salud de Tennessee
Agencia para los servicios de salud
425 5th Ave. North
Edificio Cordell Hull
Nashville, TN 37247-4501

ENCUESTA SOBRE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____ Condado/Sitio: _____

Sr. /Sra. paciente: Queremos saber sobre el tratamiento que ha recibido Ud. hoy en su visita. Por favor, díganos si está satisfecho con los servicios que recibió. Todas las respuestas son confidenciales. ¡Gracias!

¿Para qué vino Ud. HOY? _____
(Escriba la respuesta aquí o márquela abajo)

Acta de nacimiento/acta de muerte **Dentista** **Ambiental** **Chequeo regular de la niñez**
Planificación Familiar **Chequeo Prenatal** **Vacunas** **Enfermedades sexuales**
Cita para un enfermo **TN Cáncer del seno/cuello uterino** **Tuberculosis** **WIC** **Farmacia**

¿Quién le vio hoy? (Escriba la respuesta aquí o márquela abajo) _____

Doctor **Enfermero/a especialista** **Enfermera/o** **Dentista** **Ayudante dental**
Recepcionista **Nutricionista** **Consejero/a social** **Administrador/a de Caso**
Farmacéutico/a **Representante de salud pública** **Ambientalista** **WIC/oficinista**

¿El tiempo que tuvo que esperar fue satisfactorio? **Sí No**
¿Por cuanto tiempo esperó Ud. hoy? _____ **¿Tuvo Ud. una cita?** **Sí No**

De la visita de HOY ¿cuán satisfecho está Ud. con los siguientes?
(Marque solo las preguntas que tienen que ver con el personal que Ud. vio hoy.)

	No Aplica	Valoración de la clínica			
1. Respeto de la privacidad	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
2. Trato cortés	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
3. Limpieza del edificio	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
4. El horario de la clínica	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
5. Experiencia con la recepcionista	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
6. Experiencia con el doctor	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
7. Experiencia con la enfermera especialista	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
8. Experiencia con la enfermera	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
9. Experiencia con el dentista	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
10. Experiencia con el ayudante dental	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
11. Experiencia con la oficinista en WIC	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
12. Experiencia con la nutricionista	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente
13. Experiencia con otro: Especifique:	NA	Malo	Regular	Bueno	Excelente

¿Cómo valora por lo general la visita de hoy? (Circule el grado de satisfacción que corresponda)

No estoy satisfecho				Estoy muy satisfecho
1	2	3	4	5

Si Ud. desea: Nombre _____ **Teléfono** _____
¿Podemos llamarle sobre esta encuesta? **Sí No**

Anote cualquier comentario a continuación. Se puede usar el otro lado si se necesita.

_____
_____
_____
_____