

La Encuesta de Satisfacción del Paciente

Fecha _____

Esta es una encuesta confidencial que Hope Clinic utiliza para ayudar a determinar si estamos satisfaciendo las necesidades de nuestros pacientes. No tiene que identificarse en esta encuesta a menos que desee que alguien se comunique con usted.

	Malo	Regular	Bien	Excelente
¿El personal de Hope Clinic le trató de manera profesional?				
¿El médico/enfermera practicante escuchó lo que tenía que decir?				
¿El médico/enfermera practicante o enfermera proporcionó educación al paciente con respecto a su enfermedad?				
¿Siente que usted tiene una comprensión clara de sus problemas médicos y qué se necesita para tratarlos?				
Si le recetaron o le dieron medicamentos hoy, ¿recibió información sobre cuándo tomarlos y los posibles efectos secundarios?				
¿Algún miembro del personal le preguntó si tenía alergias a los medicamentos?				
¿Recomendaría este taller a otras personas?				

Si respondió a alguna de las preguntas anteriores como "Mala" o "Regular", ¿podría usted explicarnos por qué y darnos sugerencias sobre cómo podríamos mejorar? _____

Cosas que le gustan de Hope Clinic: _____

Si desea que nos comuniquemos con usted en relación con una queja específica, puede dejar su nombre y número de teléfono y alguien de Hope Clinic se pondrá en contacto con usted.
