

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE

Su opinión significa mucho para nosotros. Nos importa lo que piensa. Queremos que su experiencia sea la mejor posible. Creemos que eso significa contar con el personal más amable y receptivo brindando un servicio personal y profesional. Pero, ¿qué piensa USTED? Por favor, tómese unos minutos de su tiempo y háganos saber lo que le gusta (o no le gusta) de nuestros servicios. Todos sus comentarios serán apreciados. Gracias por su ayuda.

LEYENDA: 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO, 4 = DE ACUERDO, 3 = NO ESTOY SEGURO, 2 = EN DESACUERDO, 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

#		5	4	3	2	1
1	Fue fácil localizar el Centro y la señalización dentro del edificio era clara.					
2	Se le explicaron los formularios que firmó					
3	Le atendieron de forma eficiente y competente					
4	Se le explicaron los signos y síntomas de los posibles problemas que pueden surgir en casa					
5	Ha comprendido cómo cuidarse en casa					
6	Si ocurrieran problemas en casa, sabría a quién llamar					
7	Se le dio y respetó su privacidad					
8	Se sintió tratado con respeto y cortesía en todo momento					
9	Estaba al tanto de los procedimientos de prevención de infecciones, como el lavado de manos					
10	Se sintió seguro durante y después de la intervención (si es menos de 3, por favor coméntelo más abajo)					

COMENTARIOS: (Por favor, utilice el siguiente espacio para hacernos llegar sugerencias que sienta que nos ayudarían a mejorar la atención que brindamos.)

Muchas gracias.

Estamos en Yelp. Por favor dejanos un comentario.

APOLLO SURGERY CENTER

Nombre: _____
(opcional)

Intervención(es): _____
(opcional)

Fecha de la Intervención: