

Encuesta de Satisfacción de Pacientes

Su ayuda en el completar esta encuesta ayudará a los esfuerzos de nuestro Centro en proveer el cuidado mas, eficiente y personal. Apreciamos mucho que usted tome unos momentos para expresar su opinión del cuidado que recibió. Por favor de completar y regresar la forma sin firma en el sobre provisto con estampilla y dirección incluida. Le agradecemos por ayudarnos a hacer nuestro centro un éxito.

- | | | | | |
|-----|--|----|----|-----|
| 1. | ¿Fue el personal de la Oficina agradable y útil?
Comentarios: _____ | Sí | No | N/A |
| 2. | ¿Fueron sus transacciones de negocios realizados de manera satisfactoria?
Comentarios: _____ | Sí | No | N/A |
| 3. | ¿Fueron las instrucciones pre-operativas adecuadas?
Comentarios: _____ | Sí | No | N/A |
| 4. | ¿ Lo vieron en su tiempo designado?
Comentarios: _____ | Sí | No | N/A |
| 5. | ¿ Fue su cirugía explicada adecuadamente?
Comentarios: _____ | Sí | No | N/A |
| 6. | ¿Fue su médico comprensivo paciente y considerado?
Comentarios: _____ | Sí | No | N/A |
| 7. | ¿Fue su proveedor de anesthesia comprensivo, paciente y considerado?
Comentarios: _____ | Sí | No | N/A |
| 8. | ¿El personal de enfermería fue paciente, comprensivo y considerado?
Comentarios: _____ | Sí | No | N/A |
| 9. | ¿Fue la instalación limpia y comoda?
Comentarios: _____ | Sí | No | N/A |
| 10. | ¿Fueron las instrucciones de su post-operativas claras?
Comentarios: _____ | Sí | No | N/A |
| 11. | ¿Ha tenido algunos problemas inesperados despues de la cirugía tales como dolor, nauseas, fiebre, un retorno al centro o admision al hospital?
Comentarios: _____ | Sí | No | N/A |
| 12. | ¿Recomendaría nuestros servicios sin duda?
Comentarios: _____ | Sí | No | N/A |

Otros comentarios: _____

¡Gracias!

Nombre (opcional)