

PERCEPCION DE CUIDADO/ENCUESTA DE SATISFACCION

Lo valoramos como cliente y su opinion es importante para nosotros. Al llenar esta encuesta, nos ayudara mejorar los servicios para usted y otros pacientes que usan equipo medico.

	Muy Satisfecho	Algo Satisfecho	No Esta Satisfecho	No Aplica
1. Recibio el equipo medico o ortesis/protesis limpio, funcionando y en buena condicion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Recibio el equipo medico o ortesis/protesis al tiempo planeado por el personal de la compania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tuvieron, el personal de la compania, conocimientos sobre su equipo medico o ortesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le dieron instrucciones adecuadas sobre el uso y cuidado de su equipo medico o ortesis/protesis para permitirle el uso comodamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fueron nuestros empleados de servicio amigables, profesionales y lo trataron con cortesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fue informado sobre las 24 horas que estamos disponibles, el numero despues de las horas de operacion y de sus derechos y responsabilidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fue informado sobre el proceso para poner una queja y la linea del estado de 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A podido obtener ayuda o servicios despues de horas llamando nuestro numero de despues de horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fueron todas sus preguntas sobre pagos o cuentas manejadas a su satisfaccion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A funcionado el equipo medico o ortesis/protesis como esperaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. El personal de la compania le ayudo a tiempo y con cortesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Son nuestras horas y localidad conveniente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios: _____

Apreciamos el tiempo tomado para completar y regresar esta encuesta..

Opcional: Nombre: _____ Telefono: _____

Si gusta ser llamado sobre nuestros servicios, por favor de llenar su nombre y numero de telefono.