

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIOS CENTRO DE HÁBITOS SALUDABLES.

Nº DE CUESTIONARIO _____

Fecha: _____

Buenos días, podría hablar con, mi nombre es _____ le llamo del Ayuntamiento de Madrid, de la Unidad de Calidad de Madrid Salud, estamos realizando una encuesta de satisfacción de los usuarios del Programa de stress del Centro de Hábitos Saludables, le importaría contestar unas preguntas, no serán más de 3 minutos.

El Departamento de Evaluación y Calidad le garantiza que las respuestas serán tratadas de forma ANÓNIMA y CONFIDENCIAL conforme a la regulación establecida en la Ley de Protección de Datos.

Nuestro objetivo es mejorar. Empezamos.

Ahora le pedimos que valore su Grado de Satisfacción sobre distintos aspectos del Programa.

Utilizaremos una escala del 0 (totalmente insatisfecho) al 10 (totalmente satisfecho)

VALORE	Totalmente Insatisfecho										Totalmente Satisfecho											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P ₁ . La comunicación en transporte público.																						
P ₂ . La señalización del Centro Hábitos Saludables desde la calle.																						
P ₃ . La facilidad para moverse por el centro (barreras arquitectónicas).																						
P ₄ La limpieza del Centro																						
P ₅ . La información recibida en recepción.																						
P ₆ . El trato recibido en recepción.																						
P ₇ . El tiempo de espera entre la petición de cita y la 1ª consulta																						
P ₈ . El trato y apoyo de los profesionales																						
P ₉ . La capacidad técnica de los profesionales																						
P ₁₀ . El material escrito de apoyo																						
P ₁₁ . La garantía de confidencialidad																						
P ₁₂ . Si lo que ha recibido corresponde con lo que esperaba																						
P ₁₃ . El Programa en su conjunto																						

P14. ¿El número de sesiones le ha parecido adecuado?

SÍ 1 NO 2

Me puede decir por qué

P15. ¿Ha disminuido su stress? SÍ 1 NO 2

¿Me podría decir por qué? _____

P16. Programas a los que ha acudido y nº de veces:

Nº de veces

1 Deshabitación tabáquica _____

2 Alimentación y actividad física _____

3 Ansiedad y estrés (GESA.) _____

P17. ¿Recomendaría los servicios que presta el Centro de Hábitos Saludables a otras personas u otras empresas?

SI 1

NO 2

NS/NC

99

P18. Por favor, DIGAME a continuación TODAS las sugerencias que se le ocurran para mejorar los servicios que presta el Centro