

### ENCUESTA DE SATISFACCION FAMILIARES

Madrid Salud garantiza que esta encuesta es **ANÓNIMA** y que sus respuestas son **CONFIDENCIALES**, conforme a la regulación establecida en la Ley de Protección de Datos.

FECHA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

P1 ¿Qué edad tiene usted?: _____	P3 ¿Cuántas veces ha acudido usted al Centro? 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 o más veces <input type="checkbox"/>
P2 Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	P4 ¿Cuál es su relación con el usuario? Cónyuge / Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

Nos interesa saber su opinión para mejorar la atención que se realiza en este Centro. Por favor, **valore el grado de satisfacción** sobre distintos aspectos del servicio prestado.

Marque la puntuación que considere oportuna con una X

Totalmente insatisfecho

Totalmente satisfecho

		1	2	3	4	5
ACCESIBILIDAD Y AMBIENTE	P5 Comunicación con el Centro por teléfono					
	P6 Comunicación con el Centro por transporte público					
	P7 Movilidad: accesos, ascensor, escaleras, etc.					
	P8 Condiciones ambientales: limpieza, mobiliario, temperatura.					
RECEPCIÓN	P9 Atención recibida por el personal de recepción					
	P10 Información recibida personalmente					
	P11 Información recibida telefónicamente					

Por favor, continúe respondiendo en la vuelta del impreso.

Nº de cuestionario

Marque la puntuación que considere oportuna con una X

Totalmente insatisfecho

Totalmente satisfecho

		1	2	3	4	5
<b>ATENCIÓN DE PROFESIONALES</b>	P12 Atención recibida por los profesionales sanitarios					
	P13 Comprensión y amabilidad					
	P14 Información recibida: diagnóstico, evolución, actuación, recursos, etc.					
	P15 Accesibilidad para contactar con los profesionales					
	P16 Informe recibido					
	P17 Material entregado: cuadernos, manual de recomendaciones, etc.					

Marque la puntuación que considere oportuna con una X	Totalmente insatisfecho		Totalmente satisfecho		
	1	2	3	4	5
P18 Satisfacción global con el servicio recibido en el Centro					

P19 ¿Qué cree usted que podemos hacer para mejorar nuestro servicio?

---



---



---



---

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo**  
Unidad Técnica de Calidad