

Fecha / /

Cuestionario nº

Encuesta de Satisfacción de Usuarios/as del Departamento de Salud Laboral:

- Centro de Prevención de Riesgos Laborales Fabiola de Mora y Aragón /
- Unidad de Salud Laboral de la Mujer

Buenos días:

Esta encuesta tiene por objetivo conocer su grado de satisfacción con la Unidad de Ginecología de Salud Laboral, a fin de MEJORAR nuestros servicios.

Le agradecemos que, tras ser atendida en consulta, dedique unos momentos a rellenar este cuestionario y que lo devuelva cumplimentado en la recepción de este Servicio.

El cuestionario es anónimo y confidencial

Muchas gracias por su colaboración.

SEÑALE CON UNA X EI MOTIVO DE LA CONSULTA QUE CORRESPONDA:

P₁ RECONOCIMIENTO MÉDICO (RM): por favor, elija las

- Inicial (es mi primer reconocimiento) 1
- Periódico 2
- Extraordinario (incluye adaptación/cambio de puesto) 3
- Prolongación del servicio activo 4
- Ginecológica 5

P₂. Número total de reconocimientos realizados en el Fabiola incluido el de hoy

- 1-3 1
- 4-6 2
- >6 3

P₃. Si se ha realizado más de 1 reconocimiento valore la atención recibida (compare):

Mejor 1

Igual 2

Peor 3

P_{3.1}. ¿Por qué?.....

.....

Continúa por detrás



Madrid Salud
Organización acreditada
con el nivel de excelencia
en gestión CAF +500 puntos

Por favor, valore su grado de satisfacción sobre distintos aspectos de los Servicios prestados en este **Centro en el día de hoy.**

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

VALORE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P4. La información recibida en recepción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5. El trato recibido en recepción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P6. El grado de protección de su intimidad durante la realización del reconocimiento médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7. El trato recibido, de forma global por el personal sanitario que le ha atendido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8. La profesionalidad (confianza y seguridad) percibida de los sanitarios que le han atendido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P9. El tiempo dedicado a la realización completa del reconocimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P10. Las instalaciones en su conjunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P11. La satisfacción global con las distintas actividades que se le han realizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P12. En qué grado recomendaría este servicio a sus compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P13. Grupo profesional al que pertenece: A1 1 A2 2 C1 3 C2 4 E 5

P14. ¿Dónde trabaja? **Señale una:**

- Área de G. Economía, Hacienda y Admón. Pública 1
- Área de G. Seguridad y Emergencias 2
- Área de G. Medio Ambiente y Movilidad 3
- Área de G. Urbanismo y Vivienda 4
- Área de G. Familia y Servicios Sociales 5
- Área de G. Artes y Turismo 6
- Área de G. Coordinación Institucional 7
- Distrito 8. ¿Cual?.....
- Organismo Autónomo 9. ¿Cual?.....

P15. Sexo: Hombre 1 Mujer 2

P16. Edad:

P17. Por favor, anote lo que considere oportuno para mejorar nuestros servicios.

.....

.....

Muchas gracias por su colaboración