

ENCUESTA DE SATISFACCION USUARIOS

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 Edad: _____ P2 Sexo Hombre 1 Mujer 2

P3 ¿Cuántas veces ha acudido al Centro?

1 vez 2 veces 3 o más veces

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 CON UNA X SÓLO UNA RESPUESTA EN CADA PREGUNTAP4 VALORE su satisfacción con la comunicación con el Centro por **teléfono**:

- Muy mala 1
Mala 2
Regular 3
Buena 4
Muy buena 5

P5 VALORE su satisfacción con la comunicación con el Centro por **transporte público**:

- Muy mala 1
Mala 2
Regular 3
Buena 4
Muy buena 5

P6 VALORE su satisfacción con las **condiciones ambientales** del Centro: limpieza, mobiliario, temperatura.

- Muy mala 1
Mala 2
Regular 3
Buena 4
Muy buena 5

Por favor, continúe respondiendo en la vuelta del impreso.



P7 VALORE su satisfacción con la atención recibida por el **personal de recepción**: información recibida personalmente y por teléfono.

- | | |
|-----------|----------------------------|
| Muy mala | <input type="checkbox"/> 1 |
| Mala | <input type="checkbox"/> 2 |
| Regular | <input type="checkbox"/> 3 |
| Buena | <input type="checkbox"/> 4 |
| Muy buena | <input type="checkbox"/> 5 |

P8 VALORE su satisfacción con el tiempo de espera

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| Muy mala | <input type="checkbox"/> 1 |
| Mala | <input type="checkbox"/> 2 |
| Regular | <input type="checkbox"/> 3 |
| Buena | <input type="checkbox"/> 4 |
| Muy buena | <input type="checkbox"/> 5 |

P9 VALORE su satisfacción con la atención recibida por los **profesionales sanitarios**: amabilidad, lenguaje comprensible, información sobre su problema, etc.

- | | |
|-----------|----------------------------|
| Muy mala | <input type="checkbox"/> 1 |
| Mala | <input type="checkbox"/> 2 |
| Regular | <input type="checkbox"/> 3 |
| Buena | <input type="checkbox"/> 4 |
| Muy buena | <input type="checkbox"/> 5 |

P10 VALORE su **satisfacción global** con el servicio recibido en el Centro:

- | | |
|-----------|----------------------------|
| Muy mala | <input type="checkbox"/> 1 |
| Mala | <input type="checkbox"/> 2 |
| Regular | <input type="checkbox"/> 3 |
| Buena | <input type="checkbox"/> 4 |
| Muy buena | <input type="checkbox"/> 5 |

P11 ¿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

