ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

FECHA: ____ / ____ / ____

EDAD: ____ años Mujer Varón ¿Es su primera visita? SI NO

Nos interesa saber su opinión para mejorar la atención que se realiza en este Centro. Por favor, rellene este cuestionario anónimo marcando la respuesta que usted considere oportuna:

1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la hora de su cita hasta que ha sido atendido?

Menos de 15 minutos

De 15 a 30 minutos

Más de 30 minutos

2. ¿Cómo piensa que ha sido atendido por el personal de Recepción?

Muy bien

Bien

Regular

Mal

3. ¿Cómo piensa que ha sido atendido por los profesionales Sanitarios de Centro? (Médicos, Psicólogos, Enfermeros, Auxiliares).

Muy bien

Bien

Regular

Mal

¿Por qué motivo?

4. Respecto al Centro ¿Le parece que las condiciones ambientales (ruido, temperatura, limpieza) son?:

Muy buenas

Adecuadas

Deficientes

5. En líneas generales, ¿Esta usted satisfecho/a con la atención recibida en el Centro?

Muy satisfecho

Satisfecho

Poco satisfecho

Nada satisfecho

¿Qué podemos hacer para mejorar nuestro servicio?

.....
.....
.....