

ENCUESTA DE SATISFACCION DE PERSONAS USUARIAS CENTRO DE PREVENCIÓN DE DETERIORO COGNITIVO

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 <input type="checkbox"/> 1	Mujer <input type="checkbox"/> 2
P3 ¿Cuántas veces ha acudido al Centro?			
1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 o más veces <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 CON UNA X SÓLO UNA RESPUESTA EN CADA PREGUNTA

P4 VALORE su satisfacción con la comunicación con el Centro 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
P5 VALORE su satisfacción con la comunicación con el Centro por transporte público :	
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
P6 VALORE su satisfacción con las condiciones ambientales del Centro: limpieza, mobiliario, temperatura.	
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

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 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 |

P9 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 |

P10 ¿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