

## 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
ATENCIÓN DE PROFESIONALES	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**



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