

## CUESTIONARIO PARA PACIENTES

Great Brook Valley Health Center está dedicado a ofrecer atención médica excelente para todos.

A fin de poder servirle mejor, le rogamos que nos conteste las preguntas siguientes.

---

Por favor, encierre sus respuestas en un círculo **círculo**

### 1. ¿Qué tipo de cita tiene hoy?:

Médica	Servicio social
Atención médica urgente: Pasar	Salud mental
Atención médica urgente: Llamó por adelantado	Optometría
Dental	Nutrición
Atención dental urgente	Otra _____

### 2. Durante esta visita, ¿le trató con respeto el personal de la recepción/secretarias?

Sí                      No                      No opina

### 3. En su visita de hoy, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar para que le atendieran?

15 minutos	1-2 horas
15-30 minutos	Más de 2 horas
31-45 minutos	No sabe
46-60 minutos	No opina

### 4. ¿Considera que esta espera fue razonable?

Sí                      No                      No opina

### 5. Mientras esperaba, ¿le dijo alguien del Centro de Salud cuánto tiempo iba a tener que esperar para que le atendieran?

Sí                      No                      No sabe

### 6. ¿Cuánto tiempo pasó en el Centro de Salud hoy?

Menos de 1 hora                      1-3 horas

Más de 3 horas

No sabe

**7. En esta visita, ¿recibió toda la información que quería de su proveedor de salud (médico, asistente médico, enfermera practicante, dentista, clínico de salud mental) con respecto a su atención?**

Sí

No

No opina

**8. ¿Fue respetuoso y cortés su proveedor de salud?**

Sí

No

No opina

**9. ¿Considera que le prestó atención el proveedor de salud a quien vio hoy?**

Sí

No

No opina

**10. ¿Sabe el nombre y las calificaciones de su proveedor de salud?**

Sí

No

**11. ¿Le trataron con respeto y cortesía los empleados siguientes?**

<b>EMPLEADO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO LO VIO</b>
Enfermera			
Asistente médico			
Intérprete			
Asistente dental			
Personal de laboratorio			
Personal de farmacia			
Nutricionista			
Trabajador social/ Consejero			
Otro			

**12. ¿Cuán fácil le fue hacer una cita para la visita de hoy?**

Muy difícil

Difícil

Promedio

Fácil

Muy fácil

**13. ¿Ha llamado por teléfono al centro de salud en los últimos 6 meses?**

Sí

No

No sabe

**14. Si llamó, ¿pudo hablar dentro de un tiempo razonable con la persona a quien estaba llamando?**

Sí

No

No opina

**15. ¿Cree que la información suya que le da al personal del Centro de Salud se mantiene secreta?**

Sí

No

No sabe

**16. ¿Está satisfecho con la calidad de la atención que recibe en el Centro de Salud?**

Si

No

No opina

**17. ¿Le recomendaría el centro de salud a miembros de su familia o amigos?**

Sí

No

No opina

**18. ¿Qué tipo de transporte acostumbra usar para ir al GBVHC?**

Camina

Taxi

Auto propio

Camioneta del GBVHC

Transporte público

Le traen amigos o parientes

**Si no recibe atención médica aquí en Great Brook Valley Health Center, ¿cuáles son sus razones para ello?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Le rogamos nos cuente cualquier idea que tenga para mejorar la atención que prestamos en Great Brook Valley Health Center.**

---

---

---

---

---

---

**Gracias por sus comentarios y por escoger a Great Brook Valley Health Center.**