

SU OPINION SE TOMA EN CUENTA

**Por favor ayude a que demos mejor servicio a nuestros pacientes
contestando solo unas preguntas con relación a su visita de hoy:**

Fecha: Nombre de la persona que lo atendió: ¿Quiere dejar su nombre?

¿Como supo de nuestra clínica?

Si Ud. Hizo la cita de hoy:

¿Fue fácil hacerla?	Sí	No	
¿Le costó comunicarse por teléfono?	Sí	No	
¿Le trataron con amabilidad?	Sí	No	
¿La cita fue pronto?	Sí	No	
¿Le dieron la cita con la persona que Ud. quería ver?	Sí	No	Me daba lo mismo

El registro y la sala de espera:

¿El proceso le resultó fácil?	Sí	No	
¿Le trataron con amabilidad?	Sí	No	
¿La espera fue corta?	Sí	No	

Su visita con el médico:

¿Su doctor se tomó tiempo suficiente para atenderlo/la?	Sí	No	
¿Ud. piensa que su doctor la/lo entendió bien?	Sí	No	
¿Trató el médico de contestarle sus preguntas?	Sí	No	
¿Cree Ud. que le médico sabía lo suficiente?	Sí	No	
¿Comprendió bien las recomendaciones de su doctor?	Sí	No	
¿Fue Ud. tratado/a con respeto y buena educación?	Sí	No	
¿Cree Ud. que guardamos secreta su información personal?	Sí	No	

En resumen:

¿Fue una visita provechosa?	Sí	No	
¿Recomendaría este médico a otros?	Sí	No	
¿Recomendaría la Clínica del South End a otros?	Sí	No	

¡GRACIAS! SU OPINION SE TOMA EN CUENTA