



North Hudson Community Action Corporation
Encuesta De Satisfacción Para el Paciente

Quisiéramos saber que piensa usted de los servicios de salud que ofrecemos para asegurarnos que estamos satisfaciendo sus necesidades. Sus respuestas se tomarán en cuenta para mejorar nuestros servicios. Sus respuestas serán tomadas confidencialmente y anónimamente. ¡Gracias por su tiempo!

Su Edad: _____

Su Raza/Etnicidad: ___ Oriental

___ Isla Pacifica

Su Sexo: Masculino: _____

___ Negro/africano Americano

___ Indio Americano/native de Alaska

Femenino: _____

___ Blanco (No Hispano ni Latino)

___ Hispano o Latino (Todas las Razas)

___ No Sé



Por favor califique los servicios en las siguientes áreas y circule el número de acuerdo con la calidad de cada servicio:	Muy Bueno 5	Bueno 4	Regular 3	Pobre 2	Muy Pobre 1
SERVICIO AL CLIENTE					
¿Esta de acuerdo con las horas en que NHCAC esta abierto?	5	4	3	2	1
¿El tiempo de espera del Centro es aceptable?	5	4	3	2	1
¿El personal es amable y servicial con usted?	5	4	3	2	1
¿Los costos de la visita le fueron explicados?	5	4	3	2	1
INTEGRIDAD DE LA ATENCIÓN (Empleados de NHCAC)					
¿Lo escuchan?	5	4	3	2	1
¿Se toman suficiente tiempo con usted?	5	4	3	2	1
¿Le explican su diagnostico y tratamiento?	5	4	3	2	1
¿Le explican sus medicamentos?	5	4	3	2	1
¿Revisan las metas de su tratamiento?	5	4	3	2	1
¿Hacen seguimiento de los resultados en el momento oportuno?	5	4	3	2	1
¿Le hacen sentir parte de su tratamiento?	5	4	3	2	1
¿Le proveen información en su idioma y estilo de aprendizaje?	5	4	3	2	1
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN					
¿Tiene la opcion de verse con el medico de su eleccion?	5	4	3	2	1
¿El personal de cuidado regresa las llamadas despues de dejar un mensaje de voz?	5	4	3	2	1

(Por favor, complete la encuesta en el reverso)

	 Muy Bueno 5	 Bueno 4	 Regular 3	 Pobre 2	 Muy Pobre 1
Por favor califique los servicios en las siguientes áreas y circule el número de acuerdo con la calidad de cada servicio:					
CONFIDENCIALIDAD					
¿Su privacidad es respetada?	5	4	3	2	1
¿Su información personal se mantiene en privado?	5	4	3	2	1
CUIDADO COORDINADO					
¿Se le proporcionó una copia del resumen de su visita?	Sí	No	--	--	--
CENTRO DE SALUD					
¿Se siente cómodo y seguro mientras esta esperando?	Sí	No	--	--	--
¿Recomendaría a parientes y amigos al centro?	Sí	No	--	--	--
¿Considera nuestro NHCAC su centro de cuidado primario?	Sí	No	--	--	--
EXPERIENCIA DE PACIENTES EN GENERAL					
¿Cómo calificaría su experiencia y satisfacción con NHCAC?	5	4	3	2	1

¿Qué es lo que más le gusta de nuestro NHCAC?

¿Tiene sugerencias para el mejoramiento?

¡Gracias por sus comentarios!