



Querido paciente,

Gracias por tomarse el tiempo de llenar esta encuesta. Una vez terminada, simplemente entréguela al practicante o recepcionista. Esperamos haber cumplido o superado sus expectativas. Favor de llamar a nuestra oficina si le podemos proporcionar ayuda adicional. Dependemos de su retroalimentación para mejorar nuestros servicios. Su opinión es muy valiosa para nosotros.

1. ¿Cómo calificaría la conveniencia y la disponibilidad de las citas, y el tiempo que tomó en ser programado?

- Excelente 5 Muy Bien 4 Bien 3 Malo 2 Muy Malo 1

2. ¿Cómo calificaría la comunicación de nuestro personal acerca de cualquier gasto que usted tuviera que cubrir en caso de que su compañía de seguros se negara a pagar o redujera cobertura por los servicios prestados?

- Excelente 5 Muy Bien 4 Bien 3 Malo 2 Muy Malo 1

3. ¿Cómo calificaría el conocimiento, el cuidado y la atención que nuestro practicante le brindo durante su visita?

- Excelente 5 Muy Bien 4 Bien 3 Malo 2 Muy Malo 1

4. En general, ¿cómo calificaría su dispositivo(s) o artículo(s) nuevo? ¿Es de su satisfacción?

- Excelente 5 Muy Bien 4 Bien 3 Malo 2 Muy Malo 1

5. ¿Cómo calificaría las instrucciones verbales y/o escritas del uso y cuidado de su nuevo dispositivo(s)/ artículo(s)?

- Excelente 5 Muy Bien 4 Bien 3 Malo 2 Muy Malo 1

6. ¿Cómo calificaría su satisfacción con la experiencia en general que tuvo con nuestro practicante y personal durante su visita?

- Excelente 5 Muy Bien 4 Bien 3 Malo 2 Muy Malo 1

7. ¿Nos recomendaría con su familia o amigos si ellos tuvieran necesidad de utilizar nuestros servicios?

- Si No

Comentarios: _____

8. ¿Qué tipo de dispositivo(s) o artículo(s) recibió? _____

9. ¿Cual practicante le suministro su dispositivo(s) o articulo(s)? _____

Favor de compartir comentarios adicionales.

Nombre del Paciente (opcional): _____ **Fecha:** _____