

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Compassionate Healthcare Services, Inc. le brindó sus servicios recientemente. Queremos asegurarnos de haber satisfecho sus necesidades y brindado cuidado de calidad. Puede ayudarnos calificando nuestro servicio respondiendo a las siguientes preguntas.

Por favor devuelva este formulario a nuestra agencia.

Preguntas	Excelente	Bueno	Regular	Pasable	Malo	NA
1. ¿El enfermero, terapeuta y/o ayuda brindaron un servicio cortés?	5	4	3	2	1	
2. ¿El personal le explicó el cuidado que se le brindaba?	5	4	3	2	1	
3. ¿Siente que el personal satisfizo sus necesidades?	5	4	3	2	1	
4. ¿La agencia le brindó el cuidado y servicio esperados?	5	4	3	2	1	
5. ¿El personal respondía a su dolor y trataba de mantenerlo en un nivel aceptable?	5	4	3	2	1	
6. ¿Le informaron cuando el servicio cambió o estaba por terminar?	5	4	3	2	1	
7. Su calificación general de la Agencia es:	5	4	3	2	1	
8. ¿Recomendaría la Agencia a un amigo o familiar?		Sí	No			

Comentarios: _____

Por favor complete este formulario para que podamos satisfacer sus necesidades en el futuro y si existe un problema podamos corregirlo. Dependemos de su aporte.

Su firma es opcional. Si decide firmar el formulario, ¿nos permitiría llamarlo para aclarar cualquier duda ?

Sí No

Gracias por completar este formulario.

Firma (opcional)

Fecha