

CONSULTA ↑
 G.DCL ↑
 G.PMAE ↑
 G.ECO ↑
 CHARLA ↑

ENCUESTA DE SATISFACCION PARA FAMILIARES

FECHA: ___ / ___ / ___	
P1. DATOS DEL PACIENTE:	Edad: ___ Mujer <input type="checkbox"/> 1 Varón <input type="checkbox"/> 2 Ha acudido al Centro: 1ª vez <input type="checkbox"/> 1 2 veces <input type="checkbox"/> 2 3 o más veces <input type="checkbox"/> 3
P2. DATOS DEL FAMILIAR:	Edad: ___ Mujer <input type="checkbox"/> 1 Varón <input type="checkbox"/> 2 Relación: Cónyuge <input type="checkbox"/> 1 Hijo <input type="checkbox"/> 2 Otro <input type="checkbox"/> 3

Nos interesa saber su opinión para mejorar la atención que se realiza en este Centro. Le pedimos que por favor rellene este cuestionario marcando la respuesta que usted considere oportuna.

El departamento de Evaluación y Calidad garantiza que las respuestas serán tratadas de forma ANÓNIMA y CONFIDENCIAL, conforme a la regulación establecida en la ley de protección de datos. Muchas gracias.

Le voy a pedir que valore su grado de satisfacción sobre distintos aspectos del servicio prestado por este Centro. Utilizaremos una escala de 0 al 10, en la que el **0 es “totalmente insatisfecho”** y el **10 es “totalmente satisfecho”**.

Marque la puntuación que considere oportuna.

Totalmente
insatisfecho

Totalmente
satisfecho

Accesibilidad del Centro											
P3. Comunicación con el Centro por transporte público	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P4. Comunicación con el Centro por contacto telefónico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P5. Señalización desde la calle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Características físicas											
P6. Señalización consultas y salas de grupo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Limpieza del centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Facilidad de movilidad (ascensor, barreras arquitectónicas)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sala de espera	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Atención Recepción											
Trato recibido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Información recibida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tiempo de Espera											
Tiempo de espera hasta la primera cita.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tiempo de espera entre la cita y entrada a consulta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Atención recibida por los profesionales											
Trato de los profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comprensión y amabilidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Competencia profesional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Información recibida sobre su problema de memoria	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Orientación sobre la evolución, actuación y recursos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Satisfacción con el Informe recibido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Facilidad para contactar con los profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Material entregado (Cuadernos, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Le parecería interesante comunicarse con nosotros a través del correo electrónico?	SI						No				

¿Qué cree usted que podemos hacer para mejorar nuestro Servicio?

.....

.....

.....

.....

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**Departamento de Evaluación y Calidad
Unidad Técnica de Calidad**