

Condado: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Encuesta para el cliente**

**Instrucciones:** Para poder servirle mejor, queremos saber qué piensa de la atención que usted está recibiendo del Departamento de Salud del Estado de Oklahoma. **Sus respuestas son confidenciales y anónimas.** Por favor devuelva esta encuesta a la recepcionista antes de que se retire el día de hoy. Recuerde contestar las preguntas al reverso de esta hoja. **¡GRACIAS!**

¿Cuál es el principal motivo de *su visita de hoy*? \_\_\_\_\_

**La persona recibiendo los servicios hoy es:**

**Sexo:**  Masculino  Femenino **Edad:** \_\_\_\_\_ años

**Grupo étnico:**  Hispano  Non-Hispano

**Raza:**  Áfrico-Americano  Indio Americano  Asiático  
 Isleño del Pacífico  Blanco / Anglosajón  Otro (especifique:  
\_\_\_\_\_)

Su *visita del día de hoy* fue programada: (Marque una de las casillas)

- ¿Con menos de una semana de anticipación?
- ¿Con más de una semana, pero menos de un mes de anticipación?
- ¿Con más de un mes de anticipación?
- ¿No hizo una cita para esta visita?

¿Cuál es / son los mejores días y las horas en las que usted puede venir a la clínica?

- Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo
- Mañana  La hora de la comida  Tarde  Cena  Noche

¿Cuánto tiempo pasó en la sala de espera antes de que le atendieran en su visita?

- 15 minutos o menos  16-30 minutos  31-45 minutos  46 minutos -1 hora  Más de 1 hora

**POR FAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS AL REVERSO DE ESTA HOJA**

Condado: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Por favor califique *esta clínica* de acuerdo a lo siguiente:

| <b>Marque uno de los espacios para cada enunciado:</b> | <b>Excelente</b> | <b>Muy Bien</b> | <b>Bien</b> | <b>Regular</b> | <b>Bajo</b> | <b>N/A</b> |
|--|------------------|-----------------|-------------|----------------|-------------|------------|
| Horas de operación                                     |                  |                 |             |                |             |            |
| La limpieza del edificio                               |                  |                 |             |                |             |            |
| La facilidad para entrar y salir del edificio          |                  |                 |             |                |             |            |
| La facilidad para desplazarse dentro del edificio      |                  |                 |             |                |             |            |
| Sala de exámenes                                       |                  |                 |             |                |             |            |
| Sala de espera   |                  |                 |             |                |             |            |
| Baño   |                  |                 |             |                |             |            |
| Otro (especifique: _____)                              |                  |                 |             |                |             |            |

Si usted calificó la clínica como “Regular” o “Bajo”, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ \

Por favor califique al siguiente personal de servicio al cliente:

| <b>Marque uno de los espacios para cada enunciado:</b>  | <b>Excelente</b> | <b>Muy Bien</b> | <b>Bien</b> | <b>Regular</b> | <b>Bajo</b> | <b>N/A</b> |
|---|------------------|-----------------|-------------|----------------|-------------|------------|
| La persona que contestó el teléfono cuando hizo su cita |                  |                 |             |                |             |            |
| La recepcionista / persona que está hoy en la recepción |                  |                 |             |                |             |            |
| El profesional médico / La persona que hizo el examen   |                  |                 |             |                |             |            |
| El personal de enfermería                               |                  |                 |             |                |             |            |
| Otro personal (especifique: _____)                      |                  |                 |             |                |             |            |

Si usted calificó la clínica como “Regular” o “Bajo”, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ \

Piense en su *visita del día hoy*, por favor califique su satisfacción en lo siguiente

| <b>Marque uno de los espacios para cada enunciado:</b>                    | <b>Excelente</b> | <b>Muy Bien</b> | <b>Bien</b> | <b>Regular</b> | <b>Bajo</b> | <b>N/A</b> |
|---|------------------|-----------------|-------------|----------------|-------------|------------|
| El periodo de tiempo que pasó en la sala de espera                        |                  |                 |             |                |             |            |
| El tiempo que utilizó el personal con usted durante su visita             |                  |                 |             |                |             |            |
| El personal al explicar los servicios                                     |                  |                 |             |                |             |            |
| El personal al contestar sus preguntas y usted en entender la información |                  |                 |             |                |             |            |
| La explicación de efectos secundarios potenciales de la medicina          |                  |                 |             |                |             |            |
| Se protegió su privacidad   |                  |                 |             |                |             |            |
| Otro personal (especifique: _____)  |                  |                 |             |                |             |            |
| La visita en general  |                  |                 |             |                |             |            |

Si usted calificó la clínica como “Regular” o “Bajo”, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Hay alguna información de salud que usted no recibió hoy pero que le gustaría recibir?  Sí  No

Si es así, por favor enlístela \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_