Condado:_____ Sitio:_____ Día de Hoy:_____

Encuesta del Cliente

Instrucciones: Para servirle mejor, queremos saber qué es lo que piensa del cuidado que está recibiendo. Por favor complete esta encuesta, colóquelo en el sobre proporcionado, y devuélvala al oficinista antes de irse hoy. Recuerde contestar todas las preguntas al reverso de la hoja. **¡¡GRACIAS!!**

¿Cuál es el propósito de la *visita de hoy?* _____

La *visita de hoy* fue programada (Marque una caja)

¿Menos de una semana de adelanto?

¿Más de una semana, pero menos de un mes en adelanto?

¿Un mes o más de adelanto?

Visita sin cita programada en adelanto.

¿Cuáles son los mejores día(s) para usted para visitar la clínica? (Marque los que aplican)

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

¿En los días seleccionados arriba, cual es el mejor horario para usted?

Por la mañana Hora de lonche Por la tarde Por el atardecer

¿Cuánto tiempo paso en la sala de espera antes de ser atendido/a?

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

Durante su visita de hoy:

¿Alguien se ofreció ayudarle aplicar para SoonerCare? (El programa Medicaid de Oklahoma)	Si	No	**NA**
¿Recibió consejería sobre índice de masa corporal o un peso sano?	Si	No	**NA**
¿Recibió consejería sobre los efectos dañinos del uso del tabaco?	Si	No	**NA**
¿Si la respuesta es sí, recibió una referencia a la Lina de Ayuda para Tabaco de Oklahoma?	Si	No	**NA**
¿Hay alguna información de salud que no recibió hoy que desea recibir?	Si	No	**NA**

Si la respuesta es sí, por favor haga una lista: _____

_____

POR FAVOR COMPLETE LAS PREGUNTAS EN EL REVERSO DE ESTA PÁGINA

Oklahoma State Department of Health
Maternal and Child Health Service, Feb 2015

Clasifique *esta clínica* por los siguientes:

Marque una caja por cada tema:	**Excelente**	**Bueno**	**Justo**	**Malo**	**N/A**
Horas de operación					
Limpieza del edificio					
La facilidad de entrar y salir del edificio					
La facilidad de moverse dentro del edificio					
Sistema de registro					
Otro (Especifique: _____)					

Califique los siguientes miembros del personal por servicio al cliente:

Marque una caja por cada tema:	**Excelente**	**Bueno**	**Justo**	**Malo**	**N/A**
Personal que contesto el teléfono					
Persona en recepción					
Practicante Medico/persona que hiso el examen					
Enfermeras					
Otro (Especifique: _____)					

Pensando en la *visita de hoy*, por favor clasifique su satisfacción de lo siguiente:

Marque una caja por cada tema:	**Excelente**	**Bueno**	**Justo**	**Malo**	**N/A**
Tiempo total pasado en la clínica hoy					
Tiempo que el personal paso con usted durante su visita					
Personal explico los servicios					
Personal respondió sus preguntas de manera que usted entendió					
El personal fue respetuoso					
Explicación de los posibles efectos secundarios de medicamentos					
Privacidad fue protegida					
La conducta general del personal					
Otro personal (Especifique: _____)					
La visita en general					

Si usted califico cualquier elemento como "Justo" o "Pobre", por favor explique: _____
_____
_____
_____

¿Cómo podemos mejorar su experiencia en el Departamento de Salud?_____
_____
_____

Cualquier comentario adicional: _____
_____
_____

¡GRACIAS POR SU INFORMACION!

Oklahoma State Department of Health
Maternal and Child Health Service, Feb 2015