

# Encuesta de satisfacción del paciente

Deseamos conocer sus comentarios para mejorar nuestros servicios. Califique los servicios que brinda Howard Brown Health al llenar la siguiente encuesta.







Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar de la cita:     BYC     Clark     Halsted     Sheridan     55th St     63rd St    Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de Howard Brown Health? \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con el tiempo de espera que se tardó en programar una cita? (marque su opción con un círculo) Sí No

¿Puede acceder a la atención/una cita cuando la necesita? (marque su opción con un círculo)                      Sí                      No

<b>Califique su experiencia con relación a lo siguiente:</b>						
<b>Programación de citas/Personal de recepción</b>						
1. Facilidad para programar una cita	Muy fácil	Fácil	Aceptable	Difícil	Muy difícil	No aplica
2. Amabilidad/cortesía del personal que programa que programa las citas	Muy buena	Buena	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
3. ¿Cómo fue el registro el día de su cita?	Muy bueno	Bueno	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
4. ¿Cómo fue el tiempo de espera para ver a su proveedor?	Muy bueno	Bueno	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
5. La comunicación acerca de los tiempos de espera	Muy buena	Buena	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
<b>Comentarios/Sugerencias:</b>						
<b>Personal de enfermería</b> (asistente médico o enfermera)						
6. ¿Cómo fue el profesionalismo y la cortesía del personal?	Muy buena	Buena	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
7. La capacidad del personal para ser compasivo y comprensivo acerca de mis necesidades de atención.	Muy buena	Buena	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
8. ¿Cuán fácil fue hablar con las enfermeras acerca de sus necesidades?	Muy fácil	Fácil	Aceptable	Difícil	Muy difícil	No aplica
9. El personal respetó mi privacidad durante el tiempo que estuve con ellos	Muy bien	Bien	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
10. El personal me mantuvo informado sobre los tiempos de espera	Muy bien	Bien	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
<b>Comentarios/Sugerencias:</b>						
<b>Proveedor de atención</b> (médico, asistente médico, partera, enfermera profesional, terapeutas, psiquiatras, consultor en salud mental o administrador de casos)						
11. ¿Cuán fácil fue hablar con el proveedor de atención acerca de sus	Muy fácil	Fácil	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
12. ¿Cuán fácil fue fijar metas para mejorar su salud?	Muy fácil	Fácil	Aceptable	Difícil	Muy difícil	No aplica

**(terminar)**

Centro: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_

# Cuéntenos acerca de usted...

Edad (años):  0-17     18-24     25-44     45-64     65 o más

¿Es ésta su primera visita aquí?  Sí     No

**Género actual**     Hombre Cis     Mujer Cis     Transgénero HaM     Trangénero MaH  
 Queer     Otro (especificar)\_\_\_\_\_

**Sexo asignado al nacer**     Femenino     Masculino     Intersexual

**Orientación sexual**     Lesbiana     Homosexual     Heterosexual     Bisexual  
 Indeciso     Queer     Otro (especificar)\_\_\_\_\_

**Situación sentimental**     Soltero     Con pareja     Casado     Unión civil  
 Divorciado/Separado     Viudo     Otro (especificar)\_\_\_\_\_

**Raza primaria**     Indígena americana/  
máximo dos     India-asiática     Asiática-China     Asiática-filipina elija  
 Nativa de Alaska     Asiática-japonesa     Asiática-coreana     Asiática-vietnamita  
 Asiática-Otra     Negra/Afroamericana     Islas del Pacífico-  
 Islas del Pacífico-     Islas del Pacífico-Otra     Hawaiana     Islas del Pacífico-Guameña  
Samoana     Blanca/Caucásica    o Chamorro

**Origen étnico**     Latino-mexicano     Latino-Puerto Rico     Latino-cubano     Latino-otro  
 No latino

**Idioma nativo**     Inglés     Español     Polaco     Lenguaje de  
 señas americano Otro (especificar)\_\_\_\_\_







**Nivel de educación completado**     1-8 años     Diploma de escuela     GED  
 2 años de universidad     4 años de universidad     Doctorado     Escuela de

**Situación de vivienda**     Vivienda permanente     Vivienda no permanente     Indigente     Institución  
 Indigente     Otro (especificar)\_\_\_\_\_

**OPCIONAL:** Para nosotros, su experiencia es importante. Si desea que alguien se comunique con usted acerca de su experiencia, por favor, escriba su nombre y número de teléfono:    Nombre:\_\_\_\_\_Teléfono:(\_\_)-\_\_\_\_\_

Centro:\_\_\_\_\_Proveedor: \_\_\_\_\_



14. ¿Qué tan claras fueron las instrucciones para la toma de sus medicamentos (es decir, indicaciones, dosis, inicio o interrupción de una nueva receta)?	Muy claras	Claras	Aceptables	Confusas	Muy confusas	No aplica
15. ¿Qué tan claras fueron las instrucciones sobre cómo completar cualquier remisión que pueda haber recibido?	Muy claras	Claras	Aceptables	Confusas	Muy confusas	No aplica
<b>Proveedor de atención médica (continuación)</b>						
16. ¿Cuánto tiempo pasó con su proveedor el día de hoy?	Más que	Suficiente	Aceptable	Escaso	Muy escaso	No aplica
11. ¿Qué tanto considera que el proveedor escuchó a sus necesidades?	Muy bien	Bien	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
12. ¿Qué tan claras fueron las instrucciones sobre cuándo hacer una consulta de control?	Muy claras	Claras	Aceptables	Confusas	Muy confusas	No aplica
<b>Comentarios/Sugerencias:</b>						
<b>Experiencia/Instalaciones generales</b>						
13. ¿Qué le parece nuestro horario de atención?	Muy bueno	Bueno	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
14. ¿Qué tan limpias se encuentran nuestras habitaciones e instalaciones?	Muy limpias	Limpias	Aceptables	Sucias	Muy sucias	No aplica
15. ¿Qué tan bien cumplimos sus expectativas?	Muy bien	Bien	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
16. ¿Cómo nos calificaría en hacerle sentir seguro y respetado?	Muy bien	Bien	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	No aplica
17. En general, ¿cómo calificaría nuestros servicios?	Muy buenos	Buenos	Aceptables	Deficientes	Muy deficientes	No aplica
18. ¿Qué probabilidad hay de que recomiende los servicios de salud de Howard Brown Health?	Definitivamente sí	Sí los recomendaría	Posiblemente	No los recomendaría	Definitivamente no	No aplica
<b>Comentarios/Sugerencias:</b>						

Brinde más comentarios acerca de su experiencia en Howard Brown Health.

---



---



---



---