

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

Califique su experiencia con relación a lo siguiente:						
Programación de citas/Personal de recepción						
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
Comentarios/Sugerencias:						
Personal de enfermería (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
Comentarios/Sugerencias:						
Proveedor de atención (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 Nativa de Alaska India-asiática Asiática-China Asiática-filipina elija
 Asiática-Otra Asiática-japonesa Asiática-coreana Asiática-vietnamita
 Islas del Pacífico- Negra/Afroamericana Islas del Pacífico- Islas del Pacífico-Guameña
Samoana Islas del Pacífico-Otra Hawaiana 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
Proveedor de atención médica (continuación)						
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
Comentarios/Sugerencias:						
Experiencia/Instalaciones generales						
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
Comentarios/Sugerencias:						

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