

# Best Kids Care

Por favor, díganos su opinión sobre el servicio prestado por el proveedor arriba. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales. Gracias por su ayuda.

POR FAVOR, VALORE LO SIGUIENTE:

	Excelente	Muy Bien	Bien	Justo	Pobre	No Se Aplica
<b>A. SU CITA:</b>						
1. La facilidad de hacer citas por teléfono	5	4	3	2	1	N/A
2. Cita disponible dentro de un tiempo razonable	5	4	3	2	1	N/A
3. Obtención de atención medica tan pronto como quisieras	5	4	3	2	1	N/A
4. Conseguir atención fuera del horario cuando lo necesitas	5	4	3	2	1	N/A
5. La eficiencia del proceso de facturación	5	4	3	2	1	N/A
6. El tiempo de espera en la zona de recepción	5	4	3	2	1	N/A
7. El tiempo de espera en la sala de examen	5	4	3	2	1	N/A
8. Ser recordado de su cita con suficiente antelación	5	4	3	2	1	N/A
9. Facilidad de conseguir una referencia cuando se necesitaba una	5	4	3	2	1	N/A
<b>B. NUESTRO PERSONAL:</b>						
1. La cortesía de la persona que tomo la llamada	5	4	3	2	1	N/A
2. La amabilidad y cortesía de la recepcionista	5	4	3	2	1	N/A
3. La habilidad y la atención de las asistentes es adecuada	5	4	3	2	1	N/A
4. La amabilidad de la gente que le ayudo con la facturación o el seguro	5	4	3	2	1	N/A
5. La habilidad y cuidado del doctor/enfermera practicante es adecuada	5	4	3	2	1	N/A
<b>C. NUESTRA COMUNICACION CON USTED:</b>						
1. Sus llamadas telefónicas contestadas puntualmente	5	4	3	2	1	N/A
2. Obtener asesoramiento o ayuda cuando sea necesario durante las horas de oficina	5	4	3	2	1	N/A
3. Recibió resultados de laboratorio en una cantidad de tiempo razonable	5	4	3	2	1	N/A
4. Nuestra capacidad de devolver sus llamadas de manera oportuna	5	4	3	2	1	N/A
5. Su habilidad para ponerse en contacto con nosotros después de horas	5	4	3	2	1	N/A
6. Su capacidad de obtener un relleno de su prescripción	5	4	3	2	1	N/A

POR FAVOR COMPLETE EL OTRO LADO 

	Excelente	Muy Bien	Bien	Justo	Pobre	No Se Aplica
<b>D. SU VISITA CON EL PROVEEDOR: (Doctor, Enfermera Practicante)</b>						
1. Voluntad de escucharlo con atención	5	4	3	2	1	N/A
2. Tomarse el tiempo para responder a sus preguntas	5	4	3	2	1	N/A
3. Cantidad de tiempo que paso con usted	5	4	3	2	1	N/A
4. Explicar las cosas de una forma que pueda entender	5	4	3	2	1	N/A
5. Instrucciones con respecto al medicamento/cuidados de seguimiento	5	4	3	2	1	N/A
7. Consejo dado a usted sobre la forma de mantenerse saludable	5	4	3	2	1	N/A

**F. SU SATISFACCION GENERAL CON:**

1. Las horas de operación convenientes para usted	5	4	3	2	1	N/A
2. Nuestra practica	5	4	3	2	1	N/A
3. La calidad de su atención medica	5	4	3	2	1	N/A
4. Valoración general de la atención de su proveedor o enfermera	5	4	3	2	1	N/A

¿RECOMENDARIA EL PROVEEDOR A OTROS?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

SI NO, POR FAVOR DIGANOS POR QUE, \_\_\_\_\_

SI HAY ALGUNA MANERA DE QUE PODAMOS MEJORAR NUESTROS SERVICIOS A USTED, POR FAVOR DIGANOS AL RESPECTO:

**INFORMACION SOBRE USTED:**

**GENERO**

Masculino  
Femenino

**SU EDAD**

Menor de 18  
18-30  
31-40  
41-50  
51-60  
Más de 60

**ERES TU:**

Un paciente nuevo  
Un paciente establecido

***Muchas gracias por su ayuda!***