

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE HOGAR MÉDICO

Gracias por visitar San Petersburgo pediatría para atención médica de su hijo necesita. Siempre queremos saber de usted acerca de su visita con nosotros. Usted puede ayudarnos completando esta encuesta de satisfacción al responder cada pregunta. Solicite cualquiera de nuestro personal de ayuda. Los resultados se utilizan para mejorar nuestros servicios a usted, nuestro cliente valorado. Sus respuestas son estrictamente confidenciales. Por favor poner su encuesta completada en el cuadro correspondiente.

**Fecha:** \_\_\_\_ **Muy de acuerdo de acuerdo neutro en desacuerdo fuertemente en desacuerdo no aplicable**

1.	¿Han sido informados sobre el concepto de equipo médico?						
2.	¿Conoces a los miembros de su equipo de hogar médico?						
3.	Pude hacer las preguntas que tenía sobre mis problemas de salud.						
4.	Entendí la información el equipo médico me explicó acerca de mis problemas de salud.						
5.	Mi equipo proveedor preguntó acerca de mis inquietudes, preocupaciones o cosas que causan estrés sobre mis necesidades médicas.						
6.	Mi equipo médico me dio fácil de entender las instrucciones sobre el cuidado de mis problemas de salud y preocupaciones y me sentí poder podía seguir el plan de tratamiento acordado.						
7.	Mi equipo proveedor era tan cuidadoso como pensé que se necesitaba y sabía datos importantes acerca de mi historia de salud.						
8.	Si hubiera cualquier retraso, ¿el personal mantendrá informado? (Favor verificar no se aplica si no hubo retrasos).						
9.	Mi proveedor de servicios médicos equipo habló conmigo haciendo cambios de estilo de vida para ayudar a prevenir problemas.						
10.	Mi equipo proveedor me tratado con sensibilidad cultural y memorable.						
11.	Mi experiencia general con Pediatría de St. Petersburg fue buena.						

Si quieres alguien para comunicarnos con usted sobre esta encuesta o quieres añadir comentarios, por favor dejar comentarios y su información de contacto en el reverso de este formulario de encuesta. ¡Gracias!

Por favor escriba cualquier comentario que tienes a continuación. Comentarios pueden ser cumplidos, inquietudes o problemas u otros temas acerca de su visita o cuidado.

Si usted desea ser contactado por cualquier cosa en esta encuesta, por favor, rellene los espacios en blanco a continuación.

Name: \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_ email address \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

**Ciudad Estado Código postal**

**¡Gracias por tomarse el tiempo de proveernos con sus comentarios!**