

ENCUESTA DE SATISFACCION USUARIOS

Madrid Salud garantiza que esta encuesta es **ANÓNIMA** y que sus respuestas son **CONFIDENCIALES**, conforme a la regulación establecida en la Ley de Protección de Datos.

FECHA: ___ / ___ / ___

Edad: _____ Mujer Hombre

¿Cuántas veces ha acudido al Centro? 1 vez 2 veces 3 o más veces

Nos interesa saber su opinión para mejorar la atención que se realiza en este Centro. Por favor, **valore el grado de satisfacción** sobre distintos aspectos del servicio prestado.

MARQUE CON UNA X SÓLO UNA RESPUESTA EN CADA PREGUNTA

VALORE su satisfacción con la comunicación con el Centro por **teléfono**:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

VALORE su satisfacción con la comunicación con el Centro por **transporte público**:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

VALORE su satisfacción con las **condiciones ambientales** del Centro: limpieza, mobiliario, temperatura.

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

Por favor, continúe respondiendo en la vuelta del impreso.

VALORE su satisfacción con la atención recibida por el **personal de recepción**: información recibida personalmente y por teléfono.

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

¿**Cuánto tiempo** ha esperado hoy desde la hora de su cita hasta que ha sido atendido en consulta?

- Menos de 10 minutos
- Entre 10 y 20 minutos
- Entre 20 y 30 minutos
- Entre 30 y 60 minutos
- Más de 60 minutos

VALORE su satisfacción con la atención recibida por los **profesionales sanitarios**: amabilidad, lenguaje comprensible, información sobre su problema, etc.

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

VALORE su **satisfacción global** con el servicio recibido en el Centro:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

¿Qué cree usted que podemos hacer para mejorar nuestro servicio?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo
Unidad Técnica de Calidad