

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIOS DEL CENTRO MADRID SALUD INTERNACIONAL

SERVICIO DE CONSULTA AL VIAJERO DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL. AÑO 2016

FECHA

Nº CUESTIONARIO

Buenos días, este cuestionario tiene como objetivo conocer el grado de satisfacción que tiene usted con este Servicio con el propósito de mejorar nuestra atención y Servicio.

Las respuestas serán tratadas de forma ANÓNIMA y CONFIDENCIAL. Cumplimos con la ley de protección de datos.

Por favor, una vez contestado introdúzcalo en el buzón situado en la sala de espera.

P1. ¿CÓMO HA CONOCIDO USTED LA EXISTENCIA DE ESTE CENTRO?

- Por Internet. 1
- Por otras personas. 2
- Por el telf. ☎010. 3
- Por otros Centros (ejemplo: centro de salud, etc.). 4



P1.4 Por favor, especifíquelo

P2. ¿CÓMO HA CONSEGUIDO LA CITA?

- Página web Internet 1
- Por el telf. ☎010. 2
- Personalmente en este Centro. 3
- Otros 4

P2.4 Especifíquelo.....

P3. ¿CUÁNTOS DÍAS HAN TRANSCURRIDO DESDE QUE PIDIÓ LA CITA HASTA QUE HA SIDO ATENDIDO?

Por favor, especifíquelo

Por favor, a continuación VALORE su grado de satisfacción sobre distintos aspectos de este Servicio. Señale la puntuación que considere adecuada a su experiencia:

0 (Totalmente Insatisfecho) 10 (Totalmente Satisfecho).

Aspectos del Servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P ₄ . Valore el horario de atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P ₅ . Valore la lista de espera para ser atendido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P ₆ . Valore el tiempo de espera entre la hora de llegada y la entrada a las consultas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P ₇ . Valore la información recibida por los profesionales que le han atendido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P ₈ . Valore la claridad del lenguaje empleado por los profesionales que le han atendido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P ₉ . Valore el trato recibido por los profesionales que le han atendido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P ₁₀ . Valore el procedimiento de pago .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P ₁₁ . Valore la sala de espera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P ₁₂ . Valore la limpieza del Centro Madrid Salud Internacional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P ₁₃ . Valore en conjunto, la atención recibida en el Centro Madrid Salud Internacional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P₁₄. DESDE SU EXPERIENCIA, LE RECOMENDARÍA ESTE SERVICIO A SUS FAMILIARES, AMIGOS O CONOCIDOS?

SI 1 NO 2

P₁₅. PROVINCIA DEL DOMICILIO HABITUAL: P₁₆. PAÍS DE NACIMIENTO:-----

P₁₇ SEXO: H 1 M 2

P₁₈. ¿ PODRÍA FACILITARNOS SU EDAD?

P₁₉. NIVEL DE ESTUDIOS:

Primarios 1

Medios 2

Superiores 3

P₂₀. ¿DESEARÍA AÑADIR ALGO QUE NO LE HAYAMOS PREGUNTADO QUE CONTRIBUYA A MEJORAR EL SERVICIO?

Muchas gracias por su colaboración