

## ENCUESTA DE SATISFACCION FAMILIARES

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: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

P1 ¿Qué edad tiene usted?: _____	P2 Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>
P3 ¿Cuántas veces ha acudido usted al Centro? 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 o más veces <input type="checkbox"/>	
P4 ¿Cuál es su relación con el usuario? Cónyuge / Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

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 la puntuación que considere oportuna con una X**

		Totalmente insatisfecho			Totalmente satisfecho	
ACCESIBILIDAD Y AMBIENTE	P5 Comunicación con el Centro por teléfono	1	2	3	4	5
	P6 Comunicación con el Centro por transporte público	1	2	3	4	5
	P7 Movilidad: accesos, ascensor, escaleras, etc.	1	2	3	4	5
	P8 Condiciones ambientales: limpieza, mobiliario, temperatura.	1	2	3	4	5
RECEPCIÓN	P9 Atención recibida por el personal de recepción	1	2	3	4	5
	P10 Información recibida personalmente	1	2	3	4	5
	P11 Información recibida telefónicamente	1	2	3	4	5

**Por favor, continúe respondiendo en la vuelta del impreso.**

Totalmente  
insatisfecho

Totalmente  
satisfecho

<b>ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES</b>	P12 Atención recibida por los profesionales sanitarios	1	2	3	4	5
	P13 Comprensión y amabilidad	1	2	3	4	5
	P14 Información recibida: diagnóstico, evolución, actuación, recursos, etc.	1	2	3	4	5
	P15 Accesibilidad para contactar con los profesionales	1	2	3	4	5
	P16 Informe recibido	1	2	3	4	5
	P17 Material entregado: cuadernos, manual de recomendaciones, etc.	1	2	3	4	5

Totalmente  
insatisfecho

Totalmente  
satisfecho

P18 Satisfacción global con el servicio recibido en el Centro	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

P19 ¿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