

## 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?: _____	P3 ¿Cuántas veces ha acudido usted al Centro? 1 vez    2 veces    3 o más veces
P2 Mujer    Hombre	P4 ¿Cuál es su relación con el usuario? Cónyuge / Pareja    Hijo/a    Otro

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

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

Por favor, continúe respondiendo en la vuelta del impreso.



Madrid Salud  
 Organización acreditada  
 con el nivel de excelencia  
 en gestión CAF +500 puntos

## Nº de cuestionario

Marque la puntuación que considere oportuna con una X

Totalmente  
insatisfecho

Totalmente  
satisfecho

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

Marque la puntuación que considere oportuna con una X	Totalmente insatisfecho		Totalmente satisfecho		
	1	2	3	4	5
P18 Satisfacción global con el servicio recibido en el Centro					

P19 ¿Qué cree usted que podemos hacer para mejorar nuestro servicio?

---



---



---



---

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo**



Madrid Salud  
Organización acreditada  
con el nivel de excelencia  
en gestión CAF +500 puntos

