

ENCUESTA DE SATISFACCION USUARIOS PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

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 Edad: _____ P2 Mujer Hombre
P3 ¿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

P4 VALORE su satisfacción con la comunicación con el Centro por **teléfono**:

Muy mala	<input type="checkbox"/> 1
Mala	<input type="checkbox"/> 2
Regular	<input type="checkbox"/> 3
Buena	<input type="checkbox"/> 4
Muy buena	<input type="checkbox"/> 5

P5 VALORE su satisfacción con la comunicación con el Centro por **transporte público**:

Muy mala	<input type="checkbox"/> 1
Mala	<input type="checkbox"/> 2
Regular	<input type="checkbox"/> 3
Buena	<input type="checkbox"/> 4
Muy buena	<input type="checkbox"/> 5

P6 VALORE su satisfacción con las **condiciones ambientales** del Centro: limpieza, mobiliario, temperatura.

Muy mala	<input type="checkbox"/> 1
Mala	<input type="checkbox"/> 2
Regular	<input type="checkbox"/> 3
Buena	<input type="checkbox"/> 4
Muy buena	<input type="checkbox"/> 5

Por favor, continúe respondiendo en la vuelta del impreso.

P7 VALORE su satisfacción con la atención recibida por el **personal de recepción**: información recibida personalmente y por teléfono.

- | | | |
|-----------|--------------------------|---|
| Muy mala | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mala | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Regular | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Buena | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Muy buena | <input type="checkbox"/> | 5 |

P8 ¿**Cuánto tiempo** ha esperado hoy desde la hora de su cita hasta que ha sido atendido en consulta?

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|---|
| Menos de 10 minutos | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Entre 10 y 20 minutos | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Entre 20 y 30 minutos | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Entre 30 y 60 minutos | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Más de 60 minutos | <input type="checkbox"/> | 5 |

P9 VALORE su satisfacción con la atención recibida por los **profesionales sanitarios**: amabilidad, lenguaje comprensible, información sobre su problema, etc.

- | | | |
|-----------|--------------------------|---|
| Muy mala | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mala | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Regular | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Buena | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Muy buena | <input type="checkbox"/> | 5 |

P10 VALORE su **satisfacción global** con el servicio recibido en el Centro:

- | | | |
|-----------|--------------------------|---|
| Muy mala | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mala | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Regular | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Buena | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Muy buena | <input type="checkbox"/> | 5 |

¿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