

**Encuesta de Satisfacción de Cliente**

En un esfuerzo por brindarle el mejor cuidado posible, estamos pidiendo que tome el tiempo para llenar esta encuesta corta. Por favor califique cada una de las declaraciones basándose en los criterios enumerados abajo.

Para cualquier declaración con la cual usted está en desacuerdo o muy en desacuerdo, por favor dé detalles en la sección de "comentarios".

Se compartirán los resultados con el personal de nuestra clínica y se usarán para mejorar nuestros servicios.

Nombre de la Clínica:			
Llenado por: (opcional)			Fecha:
<input type="checkbox"/> Padre biológico	<input type="checkbox"/> Padre de crianza	<input type="checkbox"/> Personal de cuidado grupal	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Familiar, Padre de crianza	<input type="checkbox"/> Trabajador Social de DCF	<input type="checkbox"/> Joven (de 12 años o más)	

	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	N/A No Aplicable
			Por favor detalle en *Comentarios		
Estuve satisfecho(a) con el proceso de programación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se me explicó el proceso de la EMD.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi cita comenzó puntualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal de la clínica fueron respetuosos y corteses conmigo mis niños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal de la clínica fueron serviciales y contestaron todas mis preguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La experiencia EMD en la clínica en general fue positiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La evaluación fue hecha en el idioma que tú entiendes?			<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Si no fue hecha en tu idioma, ¿te dieron un intérprete?			<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
¿Tuvo alguna inquietud con el proceso de EMD en nuestra clínica?					
¿Qué sugerencias quisiera compartir sobre el proceso de EMD?					
*Comentarios:					

¡GRACIAS!