



**Formulario de Encuesta de Cliente**

Fecha:		Nombre del Padre o Guardián(Opcional):		
<input type="checkbox"/> Chiefland	<input type="checkbox"/> Cross City	<input type="checkbox"/> Jasper	<input type="checkbox"/> Lake City	<input type="checkbox"/> Live Oak

**Satisfacción general con: Citas y Recepción**

<input type="checkbox"/> Muy Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Muy Satisfecho
Fue fácil pasar por nuestras líneas telefónicas para programar una cita		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Pude hacer una cita para una fecha/hora que era razonable y conveniente.		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Siente que su tiempo de espera en la sala de espera fue aceptable para la visita de hoy?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Fue agradable su proceso de registro?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Fueron claramente explicados sus problemas/necesidades de seguro y pago?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

**Satisfacción general con: Enfermería**

<input type="checkbox"/> Muy Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Muy Satisfecho
¿Siente que el proceso de elaboración de su hijo(a) fue eficiente y exhaustivo?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Respondieron todas sus preguntas?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Se hizo que su hijo(a) se sintiera cómodo?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Su tiempo de espera fue aceptable en la transición del vestíbulo a la sala de exámenes?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

**Satisfacción general con: Médicos**

<input type="checkbox"/> Muy Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Muy Satisfecho
¿El médico hizo que su hijo(a) se sintiera cómodo?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿El proveedor le informa completamente sobre cualquier diagnóstico de una manera que se entienda fácilmente?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Usted y el proveedor hablaron sobre el rango de opciones de cuidado de tratamiento?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿El proveedor le informo completamente sobre todas las pruebas, los resultados, positivos o negativos?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Le dieron referencias según sea necesario?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿El proveedor le proporciono la información necesaria para comprender el tratamiento y las opciones de cuidado para su hijo(a)?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

**Satisfacción general con: Las Oficinas**

<input type="checkbox"/> Muy Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Muy Satisfecho
¿Tuvo alguna dificultad para encontrar la oficina?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Las áreas de registro/espera/salas de examen fueron acogedoras, limpias y cómodas.		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Su hijo(a) estuvo ocupado durante su espera?(películas, juguetes, etc.)		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

**Satisfacción general con: Personal y el Servicio al Cliente**

<input type="checkbox"/> Muy Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Muy Satisfecho
El personal fue minucioso, agradable y competente; respetuoso, amigable y compasivo.		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
El personal estaba ansioso por satisfacer las necesidades de mi hijo(a)		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
El personal parece ser competente y eficiente		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

**Comentarios: (Por favor denos información adicional de reformo)**

--