|  |
| --- |
| **Encuesta de satisfacción del paciente sobre planificación familiar** |
| Díganos cómo se siente acerca de nuestros servicios y personal; sus respuestas nos ayudan a hacer mejoras; esta encuesta es anónima. Gracias por su tiempo. | A picture containing clock, drawing  Description automatically generated |  |  |  |  | **?** |
| **Encierre en un círculo qué tan bien nos desempeñamos en las siguientes áreas:** | **MAGNÍFICO5**  | **BIEN4**  | **OK3**  | **ACEPTABLE2**  | **MAL1**  | **NO LO SÉ N/A**  |
| **Facilidad para recibir atención:** |
| Tiempo entre hacer la cita e ir a consulta  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Comodidad del horario de la clínica  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Comodidad de la ubicación de la clínica  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| **Tiempo de espera durante la visita:** |
|  Tiempo en sala de espera | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Tiempo en cuarto de examinación  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| **Personal de recepción** |
| Cortés y respetuoso | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Explica claramente el proceso de registro  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Protege su privacidad  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| **Proveedor: (médico, enfermería avanzada)** |
| Cortés y respetuoso | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Le escucha  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Le dedica tiempo suficiente  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Explica claramente lo que quiere saber  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Explica claramente los medicamentos  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| **Personal de enfermería** |
| Cortés y respetuoso | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Explica claramente lo que necesita saber  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Explica claramente los medicamentos  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Le escucha  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Destreza de enfermería | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| **Personal de laboratorio** |
| Cortes y respetuoso  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Explica claramente lo que necesita saber | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Destreza del personal de laboratorio | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| **Asistentes médicos** |
| Corteses y respetuosos | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Explican claramente lo que quiere saber | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Destreza de los asistentes médicos | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| **Pago:** |
| Cantidad que paga | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Explicación de los cargos | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| **Instalaciones:** |
| Limpieza de la clínica  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Facilidad para encontrar sitios  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Comodidad mientras espera  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| **Confidencialidad:** |
| Mantenimiento de la privacidad de su información personal durante la visita/examen en la clínica | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A |

**¿Hoy alguien le habló sobre si a usted le gustaría tener hijos (u otro hijo) o cuándo le gustaría tenerlos?**  Sí  No

**De ser así, ¿siente que se fue con un plan claro sobre los próximos pasos para la decisión que tomó?**  Sí  No

**¿Hoy alguien le habló sobre su método anticonceptivo durante su consulta?**  Sí  No

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En caso afirmativo, califique al personal con respecto a la discusión de sus opciones de control de la natalidad: | A picture containing clock, drawing  Description automatically generated |  |  |  |  | **?** |
| **Encierre en un círculo qué tan bien nos desempeñamos en las siguientes áreas:** | **MAGNÍFICO5**  | **BIEN4**  | **OK3**  | **ACEPTABLE2**  | **MAL1**  | **NO LO SÉ N/A**  |
| Respeto a usted como persona | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Dejarle decir lo que le importa sobre su método anticonceptivo  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Tomar en serio su elección de método anticonceptivo  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |
| Brindarle suficiente información para tomar la mejor decisión sobre su método anticonceptivo.  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | N/A  |

**¿Cómo se enteró de nosotros? (marque una respuesta)**  Amigos  Familiares  Pareja  Internet

 Recomendación (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Otra fuente (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Qué es lo que más le gusta de nuestra clínica?**

**¿Qué es lo que menos le gusta de nuestra clínica?**

**¿Qué podríamos haber hecho para mejorar su visita hoy?**

**¿Nos recomendaría a sus amigos/familiares?** **Sí**  **No**

¡Gracias por completar nuestra encuesta!