

## 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.



?

Encierre en un círculo qué tan bien nos desempeñamos en las siguientes áreas:	MAGNÍFICO 5	BIEN 4	OK 3	ACEPTABLE 2	MAL 1	NO LO SÉ N/A
<b>Facilidad para recibir atención:</b>						
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
<b>Tiempo de espera durante la visita:</b>						
Tiempo en sala de espera	5	4	3	2	1	N/A
Tiempo en cuarto de examinación	5	4	3	2	1	N/A
<b>Personal de recepción</b>						
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
<b>Proveedor: (médico, enfermería avanzada)</b>						
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
<b>Personal de enfermería</b>						
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
<b>Personal de laboratorio</b>						
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
<b>Asistentes médicos</b>						
Cortes 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
<b>Pago:</b>						
Cantidad que paga	5	4	3	2	1	N/A
Explicación de los cargos	5	4	3	2	1	N/A
<b>Instalaciones:</b>						
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
<b>Confidencialidad:</b>						
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:



Encierre en un círculo qué tan bien nos desempeñamos en las siguientes áreas:	MAGNÍFICO 5	BIEN 4	OK 3	ACEPTABLE 2	MAL 1	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!