



Título X: Encuesta de satisfacción del cliente

A nuestros clientes de planificación familiar:

Ayúdenos tomándose un momento para completar esta encuesta. Su respuesta y comentarios nos resultarán útiles para mejorar nuestros servicios. Todas las respuestas son confidenciales. ¡Gracias de antemano!

1. ¿Qué servicios recibió hoy? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Examen por primera vez
Obtener un método anticonceptivo (píldora, inyección, DIU, implante, anillo, parche, condones)
Problemas relacionados con el método anticonceptivo
Examen anual
Tratamiento o pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS)
Una repetición de la prueba de Papanicolaou
Otro, especifique: _____

2. ¿Se programó la visita de hoy en cuanto la necesitó?

- Sí
No
Me atendieron como a un cliente sin cita

3. Si necesita servicios de planificación familiar en el futuro, ¿utilizará nuestra agencia para obtener servicios?

- Sí
No

Si su respuesta es "no", indique el motivo: _____

4. Califique al proveedor (médico, enfermero practicante, enfermero) que vio hoy. Si la afirmación no se aplica a usted, marque la casilla de la columna "N/C".

Table with 8 columns: Rating (Excelente, Muy bien, Buena, Regular, Malo, Rechazado, N/C) and 3 rows of service quality statements.

Me dio suficiente información para tomar la mejor decisión sobre mi método anticonceptivo.	<input type="checkbox"/>						
Si calificó alguno de los puntos anteriores como “Malo” o “Regular”, ¿cómo podemos mejorarlo?							

5. Indique si está de acuerdo o en desacuerdo. Si la afirmación no se aplica a usted, marque la casilla de la columna “N/C”.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Rechazado	N/C
Me siento seguro al recibir servicios de planificación familiar con esta agencia.	<input type="checkbox"/>						
Me siento cómodo con esta agencia.	<input type="checkbox"/>						
Obtuve lo que necesitaba de esta agencia hoy.	<input type="checkbox"/>						
Recomendaría utilizar esta agencia para servicios de planificación familiar a mis amigos o familiares.	<input type="checkbox"/>						

6. ¿Cómo se enteró de que nuestra agencia brinda servicios de planificación familiar?
(Marque todas las opciones que correspondan)

- Me la recomendó un amigo de la familia
- Soy paciente actual
- A través de las redes sociales
- Referencia al programa (es decir, WIC, Programa de Embarazo Saludable, STD/STI, etc.)
- Otro, especifique: _____

7. ¿Necesitaba o quería servicios de intérprete hoy? *Un intérprete es una persona proporcionada por la agencia, y no un amigo o familiar.*

Sí

i. Califique los servicios de interpretación que recibió hoy.

Excelente

Muy bien

Bueno

Pasable

Malo

No

8. Comentarios generales (es decir, horas disponibles, tiempo de espera para la cita, limpieza de la clínica, el personal tomó suficiente tiempo con usted, cambios que le gustaría ver)

Opcional: si está dispuesto, ¿podría compartir lo siguiente?

Edad: ¿Cuántos años tiene? _____

Etnia: ¿Cuál describe mejor su origen étnico?

Hispano

No hispano

Prefiero no responder

Raza: ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su origen racial (marque todas las que correspondan):

Indio americano o nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroestadounidense

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

Caucásico

Prefiero no responder

Gracias por completar esta encuesta.