

## Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo

### Encuesta de satisfacción de acompañantes

Madrid Salud garantiza que esta encuesta es **ANÓNIMA** y que sus respuestas son **CONFIDENCIALES**, conforme a la regulación establecida en la Ley de Protección de Datos.

**Pregunta 1.** ¿Qué edad tiene usted?

**Pregunta 2.** ¿Cuál es su sexo?

Mujer

Hombre

**Pregunta 3.** ¿Cuántas veces ha acudido usted al Centro?

1 vez

2 veces

3 o más veces

**Pregunta 4.** ¿Cuál es su relación con el usuario?

Cónyuge/ Pareja

Hijo/hija

Otro

Nos interesa saber su opinión para mejorar la atención que se realiza en este Centro.

Por favor, **valore el grado de satisfacción** sobre distintos aspectos del servicio prestado.

Utilizaremos una escala de 1 al 5 en la que la que **1 es totalmente insatisfecho y el 5 es totalmente satisfecho**.

ACCESIBILIDAD Y AMBIENTE					
Pregunta 5. Valore la comunicación con el Centro por teléfono	1	2	3	4	5
Pregunta 6. Valore la comunicación con el Centro por transporte público	1	2	3	4	5
Pregunta 7. Valore la movilidad: accesos, ascensor, escaleras, etc.	1	2	3	4	5
Pregunta 8. Valore las condiciones ambientales: limpieza, mobiliario, temperatura.	1	2	3	4	5

RECEPCIÓN					
Pregunta 9. Valore la atención recibida por el personal de recepción	1	2	3	4	5
Pregunta 10. Valore la información recibida personalmente	1	2	3	4	5
Pregunta 11. Valore la Información recibida telefónicamente	1	2	3	4	5



ATENCIÓN DE PROFESIONALES					
Pregunta 12. Valore la atención recibida por los profesionales sanitarios	1	2	3	4	5
Pregunta 13. Valore la comprensión y amabilidad	1	2	3	4	5
Pregunta 14. Valore la información recibida por profesionales: diagnóstico, evolución, actuación, recursos, etc.	1	2	3	4	5
Pregunta 15. Valore la accesibilidad para contactar con los profesionales	1	2	3	4	5
Pregunta 16. Valore el informe recibido	1	2	3	4	5
Pregunta 17. Valore el material entregado: cuadernos, manual de recomendaciones, etc.	1	2	3	4	5
Pregunta 18. Satisfacción global con el servicio recibido en el Centro	1	2	3	4	5

Pregunta 19. ¿Qué cree usted que podemos hacer para mejorar nuestro servicio?

-----

-----

-----

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



## Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo

### Encuesta de satisfacción usuarios/as

Madrid Salud garantiza que esta encuesta es **ANÓNIMA** y que sus respuestas son **CONFIDENCIALES**, conforme a la regulación establecida en la Ley de Protección de Datos.

Pregunta 1

¿Nos puede decir su edad?.....

Pregunta 2 ¿Nos puede decir su sexo?

Hombre 1

Mujer 2

Pregunta 3 ¿Cuántas veces ha acudido al Centro?

1 vez

2 veces

3 o más veces

Nos interesa saber su opinión para mejorar la atención que se realiza en este Centro.

Por favor, valore el grado de satisfacción sobre distintos aspectos del servicio prestado.

#### MARQUE CON UNA X SÓLO UNA RESPUESTA EN CADA PREGUNTA

Pregunta 4. VALORE su satisfacción con la comunicación con el Centro por **teléfono**:

Muy mala 1

Mala 2

Regular 3

Buena 4

Muy buena 5

Pregunta 5. VALORE su satisfacción con la comunicación con el Centro por **transporte público**:

Muy mala 1

Mala 2

Regular 3

Buena 4

Muy buena 5

Pregunta 6. VALORE su satisfacción con las **condiciones ambientales** del Centro: limpieza, mobiliario, temperatura.

Muy mala 1

Mala 2

Regular 3

Buena 4

Muy buena 5



Pregunta 7. VALORE su satisfacción con la atención recibida por el personal de recepción: información recibida personalmente y por teléfono.

- |           |                          |   |
|-----------|--------------------------|---|
| Muy mala  | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mala      | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Regular   | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Buena     | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Muy buena | <input type="checkbox"/> | 5 |

Pregunta 8. VALORE su satisfacción con la atención recibida por los **profesionales sanitarios**: amabilidad, lenguaje comprensible, información sobre su problema, etc.

- |           |                          |   |
|-----------|--------------------------|---|
| Muy mala  | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mala      | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Regular   | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Buena     | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Muy buena | <input type="checkbox"/> | 5 |

Pregunta 9. VALORE su **satisfacción global** con el servicio recibido en el Centro:

- |           |                          |   |
|-----------|--------------------------|---|
| Muy mala  | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mala      | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Regular   | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Buena     | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Muy buena | <input type="checkbox"/> | 5 |

Pregunta 10. ¿Qué cree usted que podemos hacer para mejorar nuestro servicio?

---

---

---

---

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**