

ENCUESTA DE SATISFACCION DE PERSONAS USUARIAS CENTRO DE PREVENCIÓN DE DETERIORO COGNITIVO

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.

FECHA: ___ / ___ / ____

P1 Edad: _____	P2 Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> 1	Mujer <input type="checkbox"/> 2
P3 ¿Cuántas veces ha acudido al Centro?			
1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 o más veces <input type="checkbox"/>			

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

P4 VALORE su satisfacción con la comunicación con el Centro 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
P5 VALORE su satisfacción con la comunicación con el Centro por transporte público :	
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
P6 VALORE su satisfacción con las condiciones ambientales del Centro: limpieza, mobiliario, temperatura.	
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

P7 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 |

P8 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 |

P9 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 |

P10 ¿Qué cree usted que podemos hacer para mejorar nuestro servicio?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo
Unidad Técnica de Calidad

ENCUESTA DE SATISFACCION FAMILIARES

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.

FECHA: ___ / ___ / ___

P1 ¿Qué edad tiene usted?: _____	P3 ¿Cuántas veces ha acudido usted al Centro? 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 o más veces <input type="checkbox"/>
P2 Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	P4 ¿Cuál es su relación con el usuario? Cónyuge / Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

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 la puntuación que considere oportuna con una X

Totalmente insatisfecho

Totalmente satisfecho

		1	2	3	4	5
ACCESIBILIDAD Y AMBIENTE	P5 Comunicación con el Centro por teléfono					
	P6 Comunicación con el Centro por transporte público					
	P7 Movilidad: accesos, ascensor, escaleras, etc.					
	P8 Condiciones ambientales: limpieza, mobiliario, temperatura.					
RECEPCIÓN	P9 Atención recibida por el personal de recepción					
	P10 Información recibida personalmente					
	P11 Información recibida telefónicamente					

Por favor, continúe respondiendo en la vuelta del impreso.

Nº de cuestionario

Marque la puntuación que considere oportuna con una X

Totalmente insatisfecho Totalmente satisfecho

		1	2	3	4	5
ATENCIÓN DE PROFESIONALES	P12 Atención recibida por los profesionales sanitarios					
	P13 Comprensión y amabilidad					
	P14 Información recibida: diagnóstico, evolución, actuación, recursos, etc.					
	P15 Accesibilidad para contactar con los profesionales					
	P16 Informe recibido					
	P17 Material entregado: cuadernos, manual de recomendaciones, etc.					

Marque la puntuación que considere oportuna con una X	Totalmente insatisfecho		Totalmente satisfecho		
	1	2	3	4	5
P18 Satisfacción global con el servicio recibido en el Centro					

P19 ¿Qué cree usted que podemos hacer para mejorar nuestro servicio?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo
Unidad Técnica de Calidad**