

# ANSON COUNTY HEALTH DEPARTMENT

---

Estimado Paciente: El Departamento de Salud del Condado Anson reconoce que nos ha elegido para su cuidado. Sus comentarios acerca de su visita de hoy es muy importante para nosotros. Por favor, háganos saber de su visita de hoy. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales. Gracias por su ayuda.

---

## **POR FAVOR califique LAS SIGUIENTES:**

Excelente    Muy Buena    Buena    Justo    Pobres    No Aplicar  
Buena

### **A. LA CITA:**

1. Facilidad de hacer citas por teléfono
2. Cita disponible en cantidad razonable  
De tiempo
3. La eficiencia del proceso de facturación
4. Tiempo de espera en la zona de recepción y vestíbulo
5. Tiempo de espera en la sala de examen
6. Usted informado si la hora de la cita  
Se demoró

### **B. NUESTRO PERSONAL:**

1. La amabilidad de la persona que tomó la llamada
2. La amabilidad y cortesía de la recepcionista
3. El cuidado de nuestras enfermeras
4. La amabilidad de la gente que le ha ayudado  
Con una facturación o seguros
5. El profesionalismo de nuestro personal de laboratorio

### **C. NUESTRA COMUNICACIÓN:**

1. Las llamadas de teléfono rápidamente una respuesta
2. Obtener asesoramiento o ayuda cuando sea necesario durante  
las horas de oficina
3. Explicación del procedimiento (si procede)
4. Eficacia de nuestra salud materiales de información
5. Nuestra capacidad para devolver sus llamadas de manera  
oportuna

### **D. SU VISITA CON EL MÉDICO: (médico, enfermera, asistente médico)**

1. Voluntad de escuchar atentamente a usted
2. Tomar el tiempo para responder a sus preguntas
3. Cantidad de tiempo que pasamos con usted
4. Explicar las cosas de una manera que usted pueda comprender

# ANSON COUNTY HEALTH DEPARTMENT

---

5. Instrucciones relativas a medicamentos y atención médica de seguimiento
6. La minuciosidad del examen
7. Consejos de cómo mantenerse saludable

Excelente    Muy Buena    Buena    Justo    Pobres    No Aplicar

## E. NUESTRAS INSTALACIONES:

1. Horas de operación cómodo para usted
2. Comodidad general
3. Aparcamiento adecuado

## F. SU GRADO DE SATISFACCIÓN GENERAL CON:

1. Nuestra práctica
2. La calidad de la atención médica
3. Clasificación general de la atención

¿NOS RECOMENDARÍA A OTRAS PERSONAS?                      Sí    NO

SI NO, POR FAVOR, DÍGANOS POR QUÉ: \_\_\_\_\_

---

¿HAY ALGUNA MANERA PODEMOS MEJORAR NUESTROS SERVICIOS PARA USTED? POR FAVOR, CUÉNTENOS ACERCA DE ESTO:

---

¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE SU VISITA DE HOY? \_\_\_\_\_

¿CÓMO SE ENTERÓ DE LOS SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD?

---

## NOS DICEN ACERCA DE USTED:

Por favor círculo su respuesta.

# ANSON COUNTY HEALTH DEPARTMENT

---

**EL GÉNERO****SU EDAD****SON:**

Macho

Menos de 18

Un nuevo paciente

19-29

30-39

40-49

Mujeres

50 O Más

Regresar de un paciente

**Gracias por sus respuestas y a la hora de elegir Anson Departamento de Salud del Condado como su proveedor de atención de la salud.**