



ENCUESTA de SATISFACCIÓN

1. ¿Cómo nos conoció?

- Por Internet
- Recomendación
- Derivación
- Otro

2. ¿Está contento por los servicios brindados por nuestra recepción?

- Muy contento Contento Descontento

3. Por favor evalúe los siguientes enunciados con respecto a los fisioterapeutas

LOS FISIOTERAPEUTAS	EXCELENTE	BUENO	SATISFACTORIO	INSATISFACTORIO
▪ se comporto de manera muy profesional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ fueron comprensivos y sensibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ me mantenían bien informado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Por favor evalúe su grado de satisfacción con los resultados de la rehabilitación

	EXCELENTE	BUENO	SATISFACTORIO	INSATISFACTORIO
Fonoaudiología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinesiología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsicología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.Cuál es su opinión respecto a la clínica?

	EXCELENTE	BUENO	SATISFACTORIO	INSATISFACTORIO
Limpieza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hotelería	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En Gral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ENCUESTA de SATISFACCION

6. ¿Recomendaría nuestro servicio a alguien que lo necesite?

- SI
 NO

7. ¿Si tiene alguna sugerencia/comentario por favor redáctelo a continuación?

8. Firma:

BERTASTOLARZ

Aclaración:

INSISITOTERAPIAS	EXCELENTE	BUENO	INSATISFACTO	INSATISFACTO
Se comportó muy profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se fueron congresiva y sensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se me mantenían bien informado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Por favor evalúe el grado de satisfacción con los resultados de la rehabilitación.

	EXCELENTE	BUENO	INSATISFACTO	INSATISFACTO
Fonoaudiología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinesología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsicología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Cual es su opinión respecto a la clínica?

	EXCELENTE	BUENO	INSATISFACTO	INSATISFACTO
Limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>