

Buenavera



Alta tecnología en rehabilitación

ENCUESTA de SATISFACCIÓN

1. ¿Cómo nos conoció?

<input type="checkbox"/> Por Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Recomendación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Derivación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Por favor evalúe su grado de satisfacción con los servicios brindados en nuestra recepción

Muy Bueno Bueno Regular Malo

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ fueron comprensivos y sensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ me mantenían bien informado	<input 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 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 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"/>

DANTE RICARDO
PRESIDENTE
GRUPO SALUD S.A.

Dra. Patricia V. Gonçalves
Co-Directora Médica
M.N. 74166
Clínica de Rehabilitación Integral Alsina

5. Por favor evalúe su grado de satisfacción con los resultados de los Sigüientes Servicios

	EXCELENTE	BUENO	SATISFACTORIO	INSATISFACTORIO
Enfermería	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Elaboración Menú	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrición	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En Gral.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

SI NO

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

Firma: _____

Aclaración: _____

TESTIMONIOS: _____

La encuesta depositela en el BUZON ubicada en Planta Baja(P.B)

DANTE RICARDO
PRESIDENTE
GRUPO SALUD S.A.

Dra. Patricia V. Gonçalves
Co-Directora Médica
M.N. 74166
Clínica de Rehabilitación Integral Alsina