

ENCUESTA de SATISFACCIÓN

1. ¿Cómo nos conoció?

- ~~Por Internet~~
 Recomendación X
 ~~Derivación~~
 ~~Otro~~

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

DANTE RICARDO
 PRESIDENTE
 GRUPO SALUD S.A.

Dra. Patricia V. Gonçalves
 Co-Directora Médica
 M.N. 74167
 Clínica de Rehabilitación Integral Alsina

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

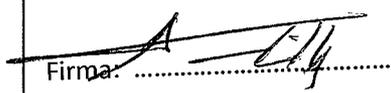
	EXCELENTE	BUENO	SATISFACTORIO	INSATISFACTORIO
Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hotelería	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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