



ENCUESTA de SATISFACCIÓN

1. ¿Cómo nos conoció?

- Por Internet
- Recomendación
- 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 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 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catering	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrición	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En Gral.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

1. ¿Cómo nos conoció?

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

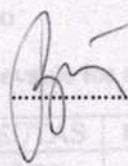
SI NO

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

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

Muy Bueno Bueno Regular Malo

3. Por favor indique las siguientes enumeradas con respecto a los fisioterapeutas

Firma: 

Aclaración: SUSANA C. BAUÍSIN

LOS FISIOTERAPEUTAS	EXCELENTE	BUENO	SATISFACTORIO	INSATISFACTORIO
se comportan de manera adecuada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
son empáticos y comprensivos y sensibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
me mantienen bien informado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota de Recomendación: _____

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

	EXCELENTE	BUENO	SATISFACTORIO	INSATISFACTORIO
Fonaudiología	<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"/>
Neurología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DANTE RICARDO
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
GRUPO SALUD S.A.

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

3. ¿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"/>
Acústica	<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"/>
Covering	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrición	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En Oral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>