

**ECO Family Health Center, Inc.**

*Estimado paciente: Por favor, cuéntenos su opinión sobre el servicio que recibió. Sus respuestas se mantendrán estrictamente confidenciales.*

**Fecha de la visita:** \_\_\_\_\_ **¿Es usted:**  Un nuevo paciente  Un paciente que regresa?

**Dirección de la ubicación del servicio:**  Wetumka, OK  Henryetta, OK  Wewoka, OK

**Proveedor:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="radio"/> Dr. Hetlevia Vilar-Jensen, MD | <input type="radio"/> Brack Guthrie, APRN-CNP    | <input type="radio"/> Christie Kopidlansky, APRN-CNP | <input type="radio"/> Korey Taylor, APRN-CNP  |
| <input type="radio"/> John Manning, APRN-CNP        | <input type="radio"/> Rebecca Helms, APRN-CNP    | <input type="radio"/> Tamara Sadler, APRN-CNP        | <input type="radio"/> Leslie Hughes, APRN-CNP |
| <input type="radio"/> Dr. R. Hunter Chowins, DMD    | <input type="radio"/> Michael Burnside, LPC/LADC | <input type="radio"/> Rachel Lindemann, LPC/LADC     | <input type="radio"/> JoAnna Schmidt, LCSW    |
| <input type="radio"/> Ashlee Graham, PA             | <input type="radio"/> Alina Messick, PA          |  |   |

**POR FAVOR CALIFIQUE LO SIGUIENTE:**

	Excelente	Muy bien	Bien	Justo	Pobre	No aplica
<b>A. SU CITA:</b>						
1. Facilidad para hacer citas por teléfono						
2. Cita disponible dentro de un tiempo razonable						
3. La eficiencia del proceso de check-in						
4. Tiempo de espera en el área de recepción / sala de examen						
5. Facilidad para obtener una referencia cuando la necesitaba						
<b>B. NUESTRO PERSONAL:</b>	Excelente	Muy bien	Bien	Justo	Pobre	No aplica
1. La amabilidad y cortesía de la recepcionista						
2. La preocupación de cuidado de nuestras enfermeras / asistentes médicos						
3. La profesionalidad de nuestro personal de laboratorio o rayos X						
<b>C. NUESTRA COMUNICACIÓN CON USTED:</b>	Excelente	Muy bien	Bien	Justo	Pobre	No aplica
1. Los resultados de su prueba se informaron en un período de tiempo razonable						
2. Efectividad de nuestros materiales de información de salud						
3. Nuestra capacidad para devolver sus llamadas de manera oportuna						
4. Su capacidad para obtener resurtidos de recetas						
<b>D. SU VISITA CON EL PROVEEDOR:</b> (Médico, Asistente Médico, Enfermera Practicante, Dentista, Higienista Dental)	Excelente	Muy bien	Bien	Justo	Pobre	No aplica
1. Tomarse el tiempo para responder a sus preguntas y explicar						
2. Cantidad de tiempo que pasa con usted						
3. Instrucciones con respecto a la medicación / atención de seguimiento						
4. La minuciosidad del examen						
5. Consejos que se le dan sobre formas de mantenerse saludable						
<b>E. NUESTRAS INSTALACIONES:</b>	Excelente	Muy bien	Bien	Justo	Pobre	No aplica
1. Horas de operación convenientes para usted						
2. Comodidad general						
3. Aparcamiento adecuado						
4. Señalización e instrucciones fáciles de seguir						
<b>F. SU SATISFACCIÓN GENERAL CON ECOFHC:</b>						

¿HA RETRASADO LAS CITAS PORQUE NO PUEDE PAGAR NUESTRAS TARIFAS?  Sí  No

¿RECOMENDARÍA EL PROVEEDOR A OTROS?  No  SI NO, POR FAVOR DÍGANOS POR

QUÉ: \_\_\_\_\_

SI HAY ALGUNA MANERA DE MEJORAR NUESTROS SERVICIOS PARA USTED, POR FAVOR DÍGANOS AL RESPECTO:

\_\_\_\_\_