

Nos interesa su opinión

Estimado/a padre/madre:

Para nosotros es muy importante su satisfacción con los servicios que le prestamos a usted y a su hijo. Nos gustaría conocer su opinión sobre nuestra consulta. Sus valoraciones, deseos e ideas nos ayudan a mejorar los procedimientos y servicios dentro de la consulta. Esta encuesta es voluntaria y anónima. No se puede relacionar ninguna respuesta con ningún participante concreto.

Si tiene alguna duda, póngase en contacto con nosotros. ¡Muchas gracias!

El equipo de la consulta

Si desea participar, tenga en cuenta lo siguiente:

- ▶ Responda a todas las preguntas sin dejar sin contestar ninguna.
- ▶ En cada pregunta, marque con una cruz la respuesta que más se ajuste a su opinión.
- ▶ Si completa la encuesta mientras se halla en la consulta, introduzca el formulario cumplimentado en el correspondiente buzón.
- ▶ Si completa la encuesta en casa, le rogamos que la envíe por correo postal a la consulta.

Satisfacción con la organización y las instalaciones de la consulta				
	Muy satis- fecho/a	Algo satis- fecho/a	Poco satis- fecho/a	Nada satis- fecho/a
A	1. Indique su grado de satisfacción <u>general</u> con...			
	3	2	1	0
A 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	2. Indique su grado de satisfacción <u>general</u> con...			
B 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El trato con su hijo				
	Muy satis- fecho/a	Algo satis- fecho/a	Poco satis- fecho/a	Nada satis- fecho/a
C	3. Indique su grado de satisfacción <u>general</u> con este / a pediatra en lo que respecta a...			
	3	2	1	0
C 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Indique su grado de satisfacción <u>general</u> con este / a pediatra en lo que respecta a...		Muy satis- fecho/a	Algo satis- fecho/a	Poco satis- fecho/a	Nada satis- fecho/a
		3	2	1	0
C 06	...su paciencia con su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 07	...que se trate a su hijo como persona, no como un número.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿Cómo considera que es la información que este / a pediatra da a su hijo? La información que recibe mi hijo...		Sí, siempre	Sí, casi siempre	Sí, pero rara vez	No, nunca	No relevante
		4	3	2	1	0
D 01	...es adecuada para su edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 02	...es adecuada para su nivel de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 03	...es adecuada para la capacidad de comprensión de mi hijo y su disposición a comprenderla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿En qué medida este / a pediatra hace participe a su hijo en el proceso de toma de decisiones, p. ej., sobre exploraciones o tratamientos?						
E 01	Explica a mi hijo las diferentes opciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 02	Habla con mi hijo sobre los pros y contras de las diferentes opciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 03	Pregunta a mi hijo qué opción prefiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 04	Permite participar a mi hijo en las decisiones en la medida en que este lo desea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El trato con usted

6. Indique su grado de satisfacción <u>general</u> con este / a pediatra en lo que respecta a...		Muy satis- fecho/a	Algo satis- fecho/a	Poco satis- fecho/a	Nada satis- fecho/a	No relevante
		4	3	2	1	0
F 01	...la información que le ofrece sobre la enfermedad de su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 02	...la información que le ofrece sobre los tratamientos previstos para su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 03	...la información que le ofrece sobre el efecto de los medicamentos recetados a su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 04	...la información que le ofrece sobre lo que usted o su hijo pueden hacer para ayudar en su curación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 05	...el nivel de comprensibilidad de la información.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 06	...la atención a los efectos secundarios de los medicamentos recetados a su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G	7. ¿En qué medida este / a pediatra le hace participe a usted en el proceso de toma de decisiones sobre exploraciones o tratamientos de su hijo?	Sí, siempre	Sí, casi siempre	Sí, pero rara vez	No, nunca	
		3	2	1	0	
G 01	Me ofrece diferentes opciones, p. ej., sobre las exploraciones o tratamientos de mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G 02	Habla conmigo sobre los pros y contras de las diferentes opciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G 03	Me pregunta qué opción prefiero para mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G 04	Me permite participar en las decisiones en la medida en que lo deseo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H	8. Indique su grado de satisfacción <u>general</u> con este / a pediatra en lo que respecta a...	Muy satis- fecho/a	Algo satis- fecho/a	Poco satis- fecho/a	Nada satis- fecho/a	No relevante
		4	3	2	1	0
H 01	...la colaboración con otras instituciones sanitarias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H 02	...la minuciosidad y cuidado en las exploraciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H 03	...la disposición a remitir a su hijo en su debido momento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	9. ¿Confía usted...	Sí, confío mucho en él / ella	Sí, confío bastante en él / ella	No, no confío mucho en él / ella	No, no confío nada en él / ella	No conozco lo suficiente a este / a pediatra
		4	3	2	1	0
	...en este / a pediatra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	10. ¿Cómo califica la calidad del tratamiento recibido...	Muy alta	Alta	Baja	Muy baja	
		3	2	1	0	
	...de este / a pediatra <u>en general</u>?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K	11. Indique su grado de satisfacción <u>general</u> con...	Muy satis- fecho / a	Algo satis- fecho / a	Poco satis- fecho / a	Nada satis- fecho / a	
		3	2	1	0	
	...este / a pediatra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Preguntas adicionales

L	Indique la edad de su hijo:	De 0 a 2 años	<input type="checkbox"/> 0
		De 3 a 6 años	<input type="checkbox"/> 1
		De 7 a 13 años	<input type="checkbox"/> 2
		14 años o más	<input type="checkbox"/> 3
M	¿De qué tipo de seguro médico dispone su hijo?	público	<input type="checkbox"/> g
		privado	<input type="checkbox"/> p
N	¿Cuánto tiempo lleva su hijo siendo atendido en esta consulta?	Es la primera vez que traigo a mi hijo a esta consulta.	<input type="checkbox"/> 0
		Menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 1
		Entre 1 y 2 años	<input type="checkbox"/> 2
		Entre 3 y 5 años	<input type="checkbox"/> 3
		Más de 5 años	<input type="checkbox"/> 4

¡Muchas gracias!