

¿Nos concede un par de minutos de su tiempo?

Queridos pacientes:

Su satisfacción con nuestros servicios de consulta es nuestra prioridad. Nos gustaría conocer su opinión acerca de nuestra consulta. Sus valoraciones, deseos e ideas nos ayudarán a mejorar nuestros servicios y procesos.

La encuesta es voluntaria y anónima. No se sacará ninguna conclusión de los pacientes individuales.

Si tiene alguna duda, no dude en preguntarnos.

Muchas gracias,

El equipo de la consulta

Si va a participar, tenga en cuenta lo siguiente:

- ▶ Por favor, responda a todas las preguntas y no deje ninguna sin contestar.
- ▶ Haga una cruz solamente en una respuesta a cada pregunta, la que más se acerque a su opinión.
- ▶ Si rellena el formulario durante la visita a la consulta, introduzca el formulario relleno en la caja preparada para tal fin.
- ▶ Si rellena el formulario en su domicilio, envíenoslo por correo postal a la consulta.

		Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
		3	2	1	0
A	1. ¿En qué medida se siente satisfecho con...				
A 01	...el tiempo de espera en su cita con el médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 02	...el tiempo de espera en la consulta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 03	...la amabilidad del personal de la consulta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 04	...el ambiente en la consulta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	2. ¿En qué medida se siente satisfecho con el médico / la médica en general en relación con...				
B 01	...la información de las causas de su enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 02	...la información del desarrollo de su enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 03	...la información acerca de la teoría planificada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 04	...la información acerca de los efectos de los medicamentos prescritos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 05	...la información acerca de lo que usted mismo puede aportar a su cura (por ejemplo en referencia a grupos de autoayuda, recomendaciones de alimentación)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 06	...la claridad de la información?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 07	...la observancia de los efectos secundarios de la prescripción de medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 08	...la consideración de todas las posibilidades de tratamiento (por ejemplo medicamentos, fisioterapia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C	3. ¿En qué medida se siente satisfecho con el médico / la médica en general en relación con...	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
		3	2	1	0
C 01	...su comprensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 02	...su sensibilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 03	...su humanidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 04	...el tiempo que le dedica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 05	...que le tome en serio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 06	...su asistencia y ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 07	...su paciencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 08	...que le trate como una persona y no como un número?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	4. ¿En qué medida se siente satisfecho con el médico / la médica en general en relación con...				
D 01	...la colaboración con otras instituciones médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 02	...su minuciosidad y atención durante los estudios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 03	...disponibilidad a remitirle a otro médico a tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	5. ¿Cómo le incluye este médico / esta médica en las decisiones acerca de estudios y tratamientos?	Siempre	La mayoría de las veces	Pocas veces	Nunca
		3	2	1	0
E 01	Me ofrece diferentes posibilidades (por ejemplo estudios o tratamientos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 02	Trata conmigo las ventajas y desventajas de las diferentes posibilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 03	Me pregunta acerca de las posibilidades que prefiero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 04	Me incluye en las decisiones según lo que yo prefiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	6. ¿En qué medida se siente satisfecho con el médico / la médica en general...	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
		3	2	1	0
	...en relación con la calidad y extensión de la información recibida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G	7. ¿En qué medida se siente satisfecho con el médico / la médica en general...	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
		3	2	1	0
	...en relación con su participación en las decisiones médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H	8. ¿Confía en...	Sí, tengo mucha confianza	Sí, tengo confianza	Tengo poca confianza	No, no tengo confianza	No conozco al médico lo suficiente
		4	3	2	1	0
	...este médico / esta médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I	9. ¿Cómo valoraría la calidad del tratamiento...	Muy alta	Alta	Baja	Muy baja
		3	2	1	0
	...de este médico / esta médica en general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J	10. ¿En qué medida está satisfecho con...	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
		3	2	1	0
	...este médico / esta médica en general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preguntas adicionales

K	¿Qué edad tiene?	a 17 años	<input type="checkbox"/>	0
		de 18 a 30 años	<input type="checkbox"/>	1
		de 31 a 45 años	<input type="checkbox"/>	2
		de 46 a 60 años	<input type="checkbox"/>	3
		61 años o más	<input type="checkbox"/>	4

L	¿Cómo está asegurado?	pública	<input type="checkbox"/> g
		privada	<input type="checkbox"/> p
M	¿Cuánto tiempo lleva recibiendo tratamiento en esta consulta?	Es la primera vez que estoy en esta consulta.	<input type="checkbox"/> 0
		menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 1
		de 1 a 2 años	<input type="checkbox"/> 2
		de 3 a 5 años	<input type="checkbox"/> 3
		más de 5 años	<input type="checkbox"/> 4

¡Muchas gracias!