



Patient Satisfaction Survey

We want to be sure that we provide our patients with quality health care for medical, dental and behavioral health services. To help us serve you better, please complete this anonymous patient survey. Please check the appropriate box for each response.

	Strongly Agree	Agree	No Opinion	Disagree	Strongly Disagree
Ease of Getting Care					
I am able to get appointments within a reasonable amount of time.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phone calls are answered in a reasonable time.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phone calls are returned in a reasonable time.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The Clinic Staff					
The front desk staff is friendly and helpful to me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The nurses and medical assistants are friendly and helpful to me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The provider(s) are friendly and helpful to me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The help I received today will help me deal more effectively with my concerns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I would recommend this clinic to friends or family members.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

How can we improve our services for you?

Do you have any additional comments? (Please leave your name and contact information here if you would like us to contact you regarding this information.)

Please drop your completed evaluation in the survey box, located in the waiting room, marked "**Patient Satisfaction Surveys.**" Thank you for letting us know how we are doing!



Encuesta de Satisfacción del Paciente

Queremos estar seguros de que proporcionamos a nuestros pacientes con atención médica de calidad para los servicios médicos, dentales y de salud mental. Para ayudarnos a servirle mejor, complete esta encuesta anónima de pacientes. Por favor marque la casilla correspondiente para cada respuesta.

	Fuertemente De Acuerdo	De Acuerdo	Sin Opinión	Desacuerdo	Discrepar Muy En Descuerdo
Facilidad de obtener atención					
Puedo conseguir citas dentro de una cantidad razonable de tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las llamadas telefónicas se contestan en un tiempo razonable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las llamadas telefónicas se devuelven en un tiempo razonable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal de la clínica					
El personal de recepción es amable y servicial para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las enfermeras y los asistentes médicos son amistosos y provechosos para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los proveedores son amables y serviciales para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La ayuda que recibí hoy me ayudará a tratar de manera más efectiva mis preocupaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo recomendaría esta clínica a amigos o familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cómo podemos mejorar nuestros servicios para usted?

¿Tiene algún comentario adicional? (Por favor, deje su nombre e información de contacto aquí si desea que nos pongamos en contacto con usted con respecto a esta información.)

Por favor, deje su evaluación completa en el cuadro de encuesta, ubicado en la sala de espera, marcado "**Encuesta de Satisfacción del Paciente.**" ¡Gracias por hacernos saber cómo estamos haciendo!