

Ability Health Services, Inc.

Nombre del Paciente (opcional): _____ Fecha: _____

Ubicación de la clínica: _____ Médico: _____

Gracias por ofrecerse a completar esta encuesta. Apreciamos y valoramos su opinión honesta. La información que usted nos proporcione se mantendrá confidencial y se utilizará para obtener una mejor comprensión de su experiencia en la terapia. Por medio de este proceso, esperamos identificar nuestras fortalezas y debilidades, y hacer las mejoras necesarias para mejorar la experiencia global del paciente en Ability Rehabilitation.

Por favor califica los criterios a continuación sobre la base de la siguiente escala:

	<u>Muy Malo</u>	<u>Malo</u>	<u>Mediocre</u>	<u>Bueno</u>	<u>Excelente</u>
Total					
El nivel general de satisfacción	1	2	3	4	5
Recomendaría Ability Rehabilitation a un amigo	1	2	3	4	5
Atención Clínica					
La profesionalidad de su terapeuta	1	2	3	4	5
La calidad del tratamiento recibido	1	2	3	4	5
Eficacia / resultados del tratamiento	1	2	3	4	5
Confianza en las habilidades/conocimientos de su terapeuta	1	2	3	4	5
Nivel de atención individual que recibió	1	2	3	4	5
Citas comienzan a tiempo	1	2	3	4	5
Recepción					
La profesionalidad del personal de recepción	1	2	3	4	5
Etiqueta de teléfono del personal	1	2	3	4	5
Puntualidad de la programación de la primera cita	1	2	3	4	5
Satisfacer sus necesidades de programación con citas	1	2	3	4	5
Explicación de los beneficios del seguro	1	2	3	4	5
Facilidad					
La apariencia de la facilidad	1	2	3	4	5
Estado de los equipos	1	2	3	4	5

Por favor, describir los factores que tuvieron un impacto positivo en su experiencia:

Por favor, sugiera un área de mejora que habría hecho una gran diferencia en su experiencia general:
