|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Encuesta de satisfacción del paciente sobre planificación familiar** | | | | | | |
| Díganos cómo se siente acerca de nuestros servicios y personal; sus respuestas nos ayudan a hacer mejoras; esta encuesta es anónima. Gracias por su tiempo. | A picture containing clock, drawing  Description automatically generated |  |  |  |  | **?** |
| **Encierre en un círculo qué tan bien nos desempeñamos en las siguientes áreas:** | **MAGNÍFICO 5** | **BIEN 4** | **OK 3** | **ACEPTABLE 2** | **MAL 1** | **NO LO SÉ  N/A** |
| **Facilidad para recibir atención:** | | | | | | |
| Tiempo entre hacer la cita e ir a consulta | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Comodidad del horario de la clínica | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Comodidad de la ubicación de la clínica | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| **Tiempo de espera durante la visita:** | | | | | | |
| Tiempo en sala de espera | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Tiempo en cuarto de examinación | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| **Personal de recepción** | | | | | | |
| Cortés y respetuoso | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Explica claramente el proceso de registro | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Protege su privacidad | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| **Proveedor: (médico, enfermería avanzada)** | | | | | | |
| Cortés y respetuoso | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Le escucha | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Le dedica tiempo suficiente | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Explica claramente lo que quiere saber | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Explica claramente los medicamentos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| **Personal de enfermería** | | | | | | |
| Cortés y respetuoso | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Explica claramente lo que necesita saber | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Explica claramente los medicamentos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Le escucha | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Destreza de enfermería | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| **Personal de laboratorio** | | | | | | |
| Cortes y respetuoso | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Explica claramente lo que necesita saber | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Destreza del personal de laboratorio | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| **Asistentes médicos** | | | | | | |
| Corteses y respetuosos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Explican claramente lo que quiere saber | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Destreza de los asistentes médicos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| **Pago:** | | | | | | |
| Cantidad que paga | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Explicación de los cargos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| **Instalaciones:** | | | | | | |
| Limpieza de la clínica | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Facilidad para encontrar sitios | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Comodidad mientras espera | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| **Confidencialidad:** | | | | | | |
| Mantenimiento de la privacidad de su información personal durante la visita/examen en la clínica | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |

**¿Hoy alguien le habló sobre si a usted le gustaría tener hijos (u otro hijo) o cuándo le gustaría tenerlos?**  Sí  No

**De ser así, ¿siente que se fue con un plan claro sobre los próximos pasos para la decisión que tomó?**  Sí  No

**¿Hoy alguien le habló sobre su método anticonceptivo durante su consulta?**  Sí  No

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En caso afirmativo, califique al personal con respecto a la discusión de sus opciones de control de la natalidad: | A picture containing clock, drawing  Description automatically generated |  |  |  |  | **?** |
| **Encierre en un círculo qué tan bien nos desempeñamos en las siguientes áreas:** | **MAGNÍFICO 5** | **BIEN 4** | **OK 3** | **ACEPTABLE 2** | **MAL 1** | **NO LO SÉ  N/A** |
| Respeto a usted como persona | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Dejarle decir lo que le importa sobre su método anticonceptivo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Tomar en serio su elección de método anticonceptivo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |
| Brindarle suficiente información para tomar la mejor decisión sobre su método anticonceptivo. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | N/A |

**¿Cómo se enteró de nosotros? (marque una respuesta)**  Amigos  Familiares  Pareja  Internet

 Recomendación (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Otra fuente (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Qué es lo que más le gusta de nuestra clínica?**

**¿Qué es lo que menos le gusta de nuestra clínica?**

**¿Qué podríamos haber hecho para mejorar su visita hoy?**

**¿Nos recomendaría a sus amigos/familiares?** **Sí**  **No**

¡Gracias por completar nuestra encuesta!