Encuesta al Cliente

Clinic ID No.: _____

Queremos saber lo que usted piensa honestamente del cuidado que esta recibiendo en nuestra clínica. Su opinión nos ayudará a mejorar nuestros servicios para servirle mejor. Por favor, conteste las siguientes preguntas basándose en su visita a la clínica el día de hoy.
Por favor no escriba su nombre.
~ Gracias.

¿Cual es la fecha de hoy? _____/_____/_____

1. ¿Que edad tiene usted? ☐ Menos de 15 ☐ 15-17 ☐ 18-19 ☐ 20-24 ☐ 25 años o más

2. ¿Que tanto tiempo tuvo usted que esperar para conseguir su cita?
(desde el momento que llamó para hacer la cita hasta que la obtuvo)
☐ No hubo espera ☐ Próximo día/1 día ☐ 2-7 días ☐ 1-2 semanas ☐ Más de 2 semanas

3. ¿Estuvo bien con usted el tiempo de espera? ☐ Sí ☐ No ☐ No se aplica a mí—No tuve que esperar

4. Durante las horas que le era mas fácil a usted ir a su cita, ¿estuvo la clinica abierta?
☐ Sí ☐ No

5. ¿Tuvo usted que faltar a la escuela o al trabajo para ir su cita?
☐ Sí ☐ No

6. ¿Fue usted tratado con respeto y cortesía…

a) cuando usted hizo su cita?	☐ Sí	☐ No
b) cuando usted proporcionó información financiera?	☐ Sí	☐ No
c) durante el tiempo de consejería y educación?	☐ Sí	☐ No
d) durante la visita con su proveedor de salud?	☐ Sí	☐ No
e) al terminar su visita?	☐ Sí	☐ No

7. Durante el tiempo con su proveedor de salud…

a) ¿tuvo suficiente privacidad?	☐ Sí	☐ No
b) ¿le explicaron el examen o los procedimientos?	☐ Sí	☐ No
c) ¿le explicaron los resultados del examen o los procedimientos?	☐ Sí	☐ No
d) ¿tuvo una oportunidad de hacer preguntas?	☐ Sí	☐ No
e) ¿se sintió satisfecho con las respuestas a sus preguntas?	☐ Sí	☐ No

8. ¿Recibió usted el método anticonceptivo que quería?
   - ☐ Sí ➔ Conteste las preguntas 11-16
   - ☐ No ➔ Conteste las preguntas 9-16
   - ☐ No se aplica a mí—No pedí o no necesité un método de anticonceptivos ➔ Conteste las preguntas 15-16

9. ¿Por qué no recibió usted el método anticonceptivo que quería?
   - ☐ No se
   - ☐ La clínica no tuvo el método que yo quería
   - ☐ No pude obtener el método que yo quería por problemas de salud
   - ☐ Otra razón: _____

10. ¿Le pareció a usted bien el otro método anticonceptivo que recibió?
    ☐ Sí ☐ No, ¿por qué no le pareció bien? _____ ☐ No se aplica a mí

11. ¿Le informaron a usted como usar el método anticonceptivo?
    ☐ Sí ☐ No ☐ No se aplica a mí

12. ¿Le informaron a usted los beneficios y posibles efectos secundarios del método anticonceptivo?
    ☐ Sí ☐ No ☐ No se aplica a mí

13. ¿Le informaron a usted que hacer si tiene problemas con el método anticonceptivo?
    ☐ Sí ☐ No ☐ No se aplica a mí

14. ¿Recibió información escrita sobre el uso del método de anticonceptivo, beneficios, y posibles efectos secundarios?
    ☐ Sí ☐ No ☐ No se aplica a mí

15. ¿Alguien le habló a usted sobre enfermedades de transmisión sexual/VIH/SIDA durante su visita?
    ☐ Sí ☐ No

    Si "sí," entendió la información sobre enfermedades de transmisión sexual/VIH/SIDA que recibió?
    ☐ Sí ☐ No

16. ¿Recomendaría esta clínica a un amigo o a su pareja quien esté buscando servicios?
    - ☐ La recomendaría altamente
    - ☐ La recomendaría un tanto
    - ☐ No sé si la recomendaría, o no
    - ☐ No la recomendaría

Gracias por haberse tomado el tiempo de completar esta encuesta.
Sus opiniones son importantes!