

ENCUESTA SOBRE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Estimado paciente de Northern Inyo Hospital: esperamos que haya tenido una buena experiencia. Por favor conteste esta encuesta marcando con un círculo una de las siguientes opciones: (M=Mala; R=Regular; P=Promedio; B=Buena; E=Excelente)

Día de la semana que le atendieron:	Lunes	Martes	Miércoles		
Jueves	Viernes	Sábado	Domingo		
Departamento donde le atendieron:	Outpatient (Servicios ambulatorios)			Emergencias	
Inpatient (Servicios al paciente interno)	Clínica Rural	Radiología	Laboratorio		
Calidad en general de la atención y el servicio	M	R	P	B	E
Respeto por su confidencialidad	M	R	P	B	E
Proceso de admisión	M	R	P	B	E
Atención de las enfermeras	M	R	P	B	E
Atención del doctor	M	R	P	B	E
Servicios de rayos X	M	R	P	B	E
Servicios de laboratorio	M	R	P	B	E
El personal escuchó y contestó sus preguntas	M	R	P	B	E
Tiempo de espera al registrarse _____ minutos. La experiencia fue:	M	R	P	B	E
Tiempo de espera durante el procedimiento _____ minutos. La experiencia fue:	M	R	P	B	E
¿Recomendaría este hospital a sus amistades?	No	Probablemente no	No estoy seguro(a)	Quizá	Sí

Imprima y envíe a: Attn: Administration Office
Northern Inyo Hospital
150 Pioneer Lane
Bishop, CA 93514

O envíe un correo electrónico con sus comentarios a: NIH.Administration@nih.org