

NW SURGERY CENTER
5215 HOLLISTER STREET
HOUSTON, TX 77040
713-462-3194

Estimado cliente de cirugía ambulatoria:

Nos complace que haya elegido a NW Surgery Center para realizarse su procedimiento quirúrgico en el día. Esperamos que su estadía haya sido lo más cómoda posible.

Nuestro objetivo es proporcionar a pacientes y familiares un servicio de alta calidad. Por ese motivo lo invitamos a que responda este cuestionario.

Con su ayuda, podremos evaluar nuestro programa a fin de garantizar el mayor nivel de atención.

Revisaremos detenidamente sus comentarios y respuestas, que serán confidenciales a menos que especifique lo contrario.

Asimismo, si incluye su nombre en este formulario y lo devuelve en el sobre prefranqueado, ingresará en un sorteo mensual de una TARJETA DE REGALO GRATUITA.

Gracias por su colaboración.
Atentamente,
Tina Krause
Administrador del Centro

Información opcional y confidencial

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

QUESTIONARIO SOBRE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Proporcionémos su opinión confidencial.

Fecha de la cirugía: _____

Médico: _____

1. ¿Se realizó su admisión de forma rápida y eficiente?

(Encierre en un círculo el número correcto)

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

2. ¿Recibió explicaciones claras acerca de los costos y de la cobertura esperada del seguro, en caso de que haya realizado preguntas sobre estos temas?

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

3. ¿Fue puntual la cirugía? **Sí/No**

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

4. ¿Le explicó el cirujano con qué podía encontrarse en términos comprensibles para usted?

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

5. ¿Le explicó el anestesista con qué podía encontrarse en términos comprensibles para usted?

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

6. ¿Recibió un trato cordial en todo momento durante su internación?

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

7. ¿Se tomaron las medidas necesarias para cubrir cualquier tipo de necesidad especial que pudiera tener?

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

8. ¿Se mantuvo su confidencialidad?

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

9. ¿Era cómodo y limpio el entorno físico?

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

10. Califique el servicio general de los siguientes departamentos:

PERSONAL DE ENFERMERÍA

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

PERSONAL DE RECEPCIÓN/OFICINA COMERCIAL

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

PERSONAL DE ANESTESIOLOGÍA

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

11. ¿Recibieron usted y la persona a su cargo instrucciones adecuadas para realizar los cuidados posquirúrgicos en su hogar?

DEFICIENTE 1 2 3 4 5 Excelente

12. ¿Volvería a utilizar nuestros servicios o recomendaría NW Surgery Center a otras personas?

SÍ NO

13. ¿Qué lo llevó a tomar la decisión de acudir a nuestro centro?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Precio | <input type="checkbox"/> Médico |
| <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Reputación del centro |
| <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Familia/Amigos |
| <input type="checkbox"/> Publicidad | <input type="checkbox"/> Otro |

14. ¿Desea realizar alguna sugerencia para que podamos mejorar nuestra atención?

Intentaremos comunicarnos con usted por teléfono o por correo después de la cirugía para realizar un seguimiento de su progreso. Si tiene preguntas o inquietudes, no dude en comunicarse con nuestro Administrador al teléfono (713-462-3194).