

Gracias por tomarte el tiempo de completar el siguiente cuestionario. Por favor circula, cheque o llena tus repuestas.

Que procedimiento tuvistes durante tu mas reciente cirugia?

Lipo

Como tu calificas tu experiencia? Excelente. 10...9...8...7...6...5...4...3...2...1 Pobre

Tu recomendarias nuestra practica a tus amigos? Yes No No Se

Cual fue la mejur parte de tu consulta?

el trato y el cambio de Mi cuerpo

Porque seleccionastes a Dr. Rodriguez y nuestra oficina para tu cirugia?

Me lo recomendaron y es burn doctor

Que mas podemos hacer para ayudarte a preparar para tu cirugia?

Como fue tu experiencia con el anesthesiologo?

bueno

Por favor indica tu experiencia en el cuarto de recuperacion?

Tiempo de duraction Muy Corto Muy largo Adecuado

Temperatura Muy Corto Muy Largo Adecuado

Manejo de mi dolor Muy Corto Muy Largo Adecuado

Otros, por favor explique: _____

Volverias a esta oficina si decides tener otra cirugia? Yes No Incierto

Cuales de estos factores influenciaron para escoger al Dr. Rodriguez?

(escoja todos los que aplica)

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reputacion del Doctor | <input type="checkbox"/> Libro de telefonos | <input type="checkbox"/> Recomendacion de amigo o familiar |
| <input type="checkbox"/> Certificacion de la junta, Entrenamiento | <input type="checkbox"/> Nevos articulus | <input type="checkbox"/> Recomendacion del persona del salon |
| <input type="checkbox"/> Tecnologia utilizada | <input type="checkbox"/> Print ad in: _____ | <input type="checkbox"/> Costo de la cirugia |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos ofrecidos | <input type="checkbox"/> Seminarios | <input type="checkbox"/> Opciones financieras |
| <input type="checkbox"/> Internet pagina web | <input type="checkbox"/> Referido del hospital | <input type="checkbox"/> Personal amigable |
| <input type="checkbox"/> Localizacion de la oficina | <input type="checkbox"/> Referido del Doctor | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

El manejo de tus llamadas telefonicas a nuestra oficina fueron satisfactorias?

Yes

No

Comenta:

Estas satisfecho con la forma que tu cirugia fue agendada?

Si

No

Comenta:

Estas satisfecho con la forma que fuistes tratado por el personal de la oficina?

Si

No

Comenta:

muy buena

Estas satisfecho de la forma que fuistes tratado por Dr. Rodriguez durante la consulta?

Si

No

Comenta:

Si muy buen doctor

Estas acuerdo con las siguientes declaraciones? (Si alguno no aplica, dejelo en blanco)

La Oficina es atractiva y comoda.....Muy Acuerdo.....Acuerdo.....Neutral.....Desacuerdo

El Tiempo a esperar para tener la consulta con el Dr. Rodriguez fue razonable

.....Muy Acuerdo.....Acuerdo.....Neutral.....Desacuerdo

Estoy satisfecho con la informacion y descripcion quirurgica proveida por el Dr. Rodriguez.

.....Muy Acuerdo.....Acuerdo.....Neutral.....Desacuerdo

El personal de la oficina fue atento a mis necesidades.....Muy Acuerdo.....Acuerdo.....Neutral.....Desacuerdo

El personal de la sala de operaciones fue atento a mis necesidades

.....Muy Acuerdo.....Acuerdo.....Neutral.....Desacuerdo

El material escrito res ibido antes de la cirugia satisfaccio mis necesidades.

.....Muy Acuerdo.....Acuerdo.....Neutral.....Desacuerdo

Estoy satisfecho con el trato resibido la manana de la cirugia

.....Muy Acuerdo.....Acuerdo.....Neutral.....Disacuerdo

Estoy satisfecho con la forma que fui preparado para la cirugia

.....Muy Acuerdo.....Acuerdo.....Neutral.....Disacuerdo

Estoy satisfecho con mis citas de seguimiento.....Muy Acuerdo.....Acuerdo.....Neutral.....Disacuerdo

El costo de la cirugia fue razonable.....Muy Acuerdo.....Acuerdo.....Neutral.....Disacuerdo

Comentarios Adicionales:

Gracias por tomarte el tiempo de completar este cuestionario.

Puedo compartir tus comentarios confidenciales con otros posibles pacientes?

Si

No

Quisieras que alguien te llamara en relacion a una de tus repuestas?

Si

No

Nombre (opcional) _____