

Formulario de comentarios

Su opinión es importante para nosotros y para mejorar nuestro servicio. Toda la información que nos proporcione será tratada de manera confidencial y nos ayudará a mejorar nuestros servicios. Apreciamos su honestidad en sus respuestas.

Nombre (Opcional):	
Servicio recibido	<input type="checkbox"/> Médico/enfermera o enfermero <input type="checkbox"/> Apoyo/asesoramiento de salud mental <input type="checkbox"/> Culture in Mind <input type="checkbox"/> PM + <input type="checkbox"/> Aliados de la salud: fisioterapia, nutrición <input type="checkbox"/> Acupuntura/masaje/homeopatía <input type="checkbox"/> Programas en grupo
Nombre del miembro del personal que le asistió	
¿Le atendimos en la clínica de Stones Corner o en algún otro lugar?	<input type="checkbox"/> Clínica de Stones Corner <input type="checkbox"/> En otro lugar: (dirección) _____ _____

(✓ Si corresponde)

Por favor evalúe las siguientes declaraciones	No, para nada	Un poco	Moderada mente	Mucho
1. ¿Le ayudamos con su problema de la salud?				
2. Desde que recibí el servicio, mi bienestar general ha mejorado				
3. Desde que recibí el servicio, siento más esperanzas sobre el futuro				
4. Me trataron con respeto y fui capaz de tomar decisiones sobre mi salud				
5. Desde que recibí el servicio, tengo más capacidad y estrategias para ayudar a cuidar mi salud y bienestar				

6. ¿Qué tipo de apoyo lingüístico/cultural recibió? (✓ Si corresponde)				
No necesité apoyo lingüístico/cultural <input type="checkbox"/>	El personal del WWG hablaba mi idioma <input type="checkbox"/>	Intérprete <input type="checkbox"/>	Trabajador de apoyo multicultural <input type="checkbox"/>	Otro tipo de apoyo. Especifique:

7. ¿Recomendaría este servicio a un amigo o familiar?	NO <input type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

8. En general, ¿qué tan satisfecho está con el servicio que recibió?	No estoy muy contento <input type="checkbox"/>	Un poco contento <input type="checkbox"/>	Moderadamente satisfecho <input type="checkbox"/>	Muy contento <input type="checkbox"/>
---	--	---	---	---

9. Otros comentarios (Opcional)

Fecha:

Firma: