

PATIENT SATISFACTION SURVEY (ENGLISH)

NAME: _____

(If you are not the patient, please indicate your relationship to the patient)

DATE: _____

Thank you for taking the time to complete this survey. Your feedback is very important to us. Our main goal is to provide a service of excellence to all our patients.

Please indicate your level of satisfaction with the following aspects by checking the appropriate number:

Quality of Care

Overall satisfaction with the service received:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Satisfaction with the treatment of our HHAs:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Satisfaction with the treatment of our office staff:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Communication

Satisfaction with the responsiveness of our HHAs and office staff:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Satisfaction with the professionalism and knowledge of our office staff:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Would you recommend our agency to offer home health services?

___ YES ___ NO

Please leave any other comment that you think might help us in the future.

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE (ESPAÑOL)

NOMBRE: _____

(Si usted no es el paciente, por favor indique su relación con el paciente)

FECHA: _____

Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Su opinion es muy importante para nosotros. Nuestro objetivo principal es proveer un servicio de excelencia para todos nuestros pacientes.

Por favor indique su nivel de satisfacción con los siguientes aspectos chequeando el número apropiado:

Calidad del Servicio

Satisfacción con el servicio recibido en general:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Satisfacción con el trato de nuestras cuidadoras:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Satisfacción con el trato del personal de nuestra oficina:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Communication

Satisfacción con la capacidad de respuesta de nuestras cuidadoras y el personal de nuestra oficina:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Satisfacción con la profesionalidad y el conocimiento del personal de nuestra oficina:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Recomendaría nuestra agencia para ofrecer los servicios de trabajo en casa?

___ SI ___ NO

Por favor, déjenos cualquier otro comentario que usted considere que nos pueda ayudar en el futuro.
