



## Departamento de Salud Mental del Condado de Madera Encuesta de satisfacción del cliente

Nos gustaría saber cómo se siente acerca de los servicios que brindamos para que podamos asegurarnos de que estamos satisfaciendo sus necesidades. Su respuesta nos ayudará a mejorar nuestros servicios. No hay respuesta correcta o incorrecta; estamos pidiendo su opinión honesta. De ninguna manera su respuesta afectará su tratamiento aquí. ¡Gracias por tu tiempo!

	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Poco frecuentemente	Nunca	No es Aplicable
Me siento bienvenido/a y cómodo/a en la clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que puedo acceder servicios cuando los necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento respetado/a y escuchado/a por el personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que el personal toma tiempo para proporcionar explicaciones y educación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que estoy involucrado/a en mi tratamiento e incluido/a en decisiones con respecto a mi tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que el personal comprende mis necesidades y coordina con éxito la atención con mis otros proveedores de atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que el personal me alienta a desarrollar mis metas de salud si es necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que el personal alienta y agradece el aporte y el apoyo de mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que mi información de salud se mantiene confidencial y se comparte solo según sea necesario con otros proveedores de atención médica involucrados en mi atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que el personal me ve como soy y me ayuda con múltiples necesidades cuando es necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Hay algo que le dificulta venir a sus citas?

¿Qué sugerencias tiene para mejorar?

