

CLINICA DENTAL DEL DISTRITO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL CLIENTE

Es importante que nosotros en la clínica sepamos como usted cataloga nuestros servicios para poder administrarlos mejor. Por favor, conteste las siguientes preguntas circulando la más apropiada.

¿Cuántas veces se ha tratado su niño (a) en la clínica dental?

- a) Una vez b) Dos veces c) Cinco veces o mas

¿Para que tipo de cuidado viene su niño?

- a) Aliviar el dolor b) Cuidado rutinario

A. ¿Como cataloga usted los siguientes servicios por nuestro personal de la clínica dental? (Dentistas y asistentes)

	(Malo)	(Regular)	(Bueno)
1. Cortesía y deseo de ayudar	1	2	3
2. Explicación e información	1	2	3
3. Calidad de cuidado	1	2	3
4. Trato con los niños	1	2	3

B. ¿Esta usted satisfecha(o) con los siguientes servicios?

	(Malo)	(Regular)	(Bueno)
1. Conveniencia de las citas	1	2	3
2. Duración de la visita	1	2	3
3. Oportunidad de hacer citas	1	2	3
4. Tipo de servicios proveído a los niños	1	2	3

C. ¿Que mejoras le gustaría ver a usted en la manera en que se opera la clínica dental?-

D. ¿Tiene algún(os) comentario(os)?

¡Muchas gracias por su asistencia!