



The Vaz Clinic, PA

Garth O. Vaz, M.D.

Querido Paciente: Nuestro records indicant que visito La Vaz Clinica, PA.Por favor dehenos saber su opinion de el servicio que recibio.La Vaz Clinica, PA damos la bien benida a su opinion,bamos a mantener su contestacion confidencial.

PORFAVOR CALIFIQUE LAS SIGUENTES:

	excelente	muy bien	bien	justo	pobre	No aplica
A. LA CITA CON SU DOCTOR:						
1. La facilida de aser su cita por telefono	5	4	3	2	1	N/A
2. Le damos su cita al tiempo que necitaba	5	4	3	2	1	N/A
3. Me dieron tratamiento para mi enfermedad al tiempo que necitaba	5	4	3	2	1	N/A
4. Resibiendo tratamiento despues de las oras de trabajo	5	4	3	2	1	N/A
5. El tiempo que me recibieron a la oficina en el frente	5	4	3	2	1	N/A
6.El tiempo que espere en la area de recepsion	5	4	3	2	1	N/A
7.El tiempo que espere en el quarto de examinacion	5	4	3	2	1	N/A
8. Manteniendo me informado de atrasos con mi appointment	5	4	3	2	1	N/A
9. fue facil resivil una referencia de aseguransa.	5	4	3	2	1	N/A
B. NUESTRO PERSONAL:						
1. La persona que cotesto el telefono fue amable.	5	4	3	2	1	N/A
2. El recepcionista era amistostoso y amable.	5	4	3	2	1	N/A
3. El tratamiento que recivi de la enfermera/assistente medico.	5	4	3	2	1	N/A
4. Me ajudaron bien con la atraccion principal y aseguransa.	5	4	3	2	1	N/A
5. Los empleados del laboratorio eran bien profecionales.	5	4	3	2	1	N/A
C. Nuestra comunicacion con uste:						
1. Contestamos el telefono en buen tiempo.	5	4	3	2	1	N/A
2 .Reciviendo ayuda de la oficina durante horas de trabajo.	5	4	3	2	1	N/A
3. Buena esplicacion de lo que bamos a acer medico.	5	4	3	2	1	N/A
4. Le dimos los resultados de laboratorioen buen tiempo.	5	4	3	2	1	N/A
5. Que bien le ayuda los pamfletos y la informacion de salud	5	4	3	2	1	N/A
6. Recivio su chamada para tras a buen tiempo.	5	4	3	2	1	N/A
7. Su habilidad ponerse en contacto con la oficina durante oras de trabajo.	5	4	3	2	1	N/A
8. Su habilidad para obtener resetas por telefono.	5	4	3	2	1	N/A

POR FAVOR COPLETE EL OTRO LADO



D. SU VISITA CON SU DOCTOR:

1. La dispocicion a escuchar a usted.	5	4	3	2	1	N/A
2. Tomando tiempo en contestar sus preguntas.	5	4	3	2	1	N/A
3. El tiempo que se toma con usted.	5	4	3	2	1	N/A
4. Explicando las cosas como usted entienda.	5	4	3	2	1	N/A
5. Le dio buenas instrucciones de medicacion/tratamientos.	5	4	3	2	1	N/A
6. La minuciosidad de su examinacion.	5	4	3	2	1	N/A
7. El consejo como mantener su salud.	5	4	3	2	1	N/A

E. NUESTRA FACILIDAD:

1. Las horas de operacion son convenientes.	5	4	3	2	1	N/A
2. En general la comonidad.	5	4	3	2	1	N/A
3. Parking adecuado.	5	4	3	2	1	N/A
4. Los sinos y la direccion son facil de seguir	5	4	3	2	1	N/A

F. EN GENERAL SU SATISFACCION:

1. Nuestra practica	5	4	3	2	1	N/A
2. La qualida de su atencion medica.	5	4	3	2	1	N/A
3. La qualida de su atencion por su Doctor y enfermera	5	4	3	2	1	N/A

USTE RECOMENDARIA EL PROVEEDOR A OTROS? Yes No

SI NO, DIGANOS POR QUE: _____

SI HAY ALGUNA MANERA DE MEJORAR NUESTRO SERVICIOS PARA USTE, POR FAVOR DEJENOS SABER:

UN POCO DE SU INFORMACION:

SEXO

- hombre
 mujer

SU EDAD

- menos de 18
 18-30
 31-40
 41-50
 51-60
 mas de 60

USTE ES:

- nuevo paciente
 paciente establecido

Thank you for your participation!