

La Inspección de Satisfacción para el Paciente

Tome por favor el tiempo de llenare nuestra inspección breve para ayudarnos mejorar nuestros servicios y la facilidad para quedar las necesidades del gran publico. Su reacción seria apreciada mucho. Gracias

La Cortesía, Comprendiendo y Cuidado:

	Excelente:	Bueno:	Justo Bueno:	Pobre:	Sin decidir:
Personal de oficina:	<input type="radio"/>				
Facturar el personal	<input type="radio"/>				
Terapeutas	<input type="radio"/>				
Comentarios: _____					

Las Facilidad:

Limpieza	<input type="radio"/>				
Accesibilad	<input type="radio"/>				
La disponibilidad de recursos	<input type="radio"/>				
Comentarios: _____					

El Tratamiento y Atiende a

La prontitud de tiempo de cita mantenido por terapeuta	<input type="radio"/>				
La terapia atiende de realizado	<input type="radio"/>				
La mejora de área trato	<input type="radio"/>				
Experiencia general de terapia	<input type="radio"/>				
Comentarios: _____					

Seguro y Facturar:

La comprensión de alcance y beneficia	<input type="radio"/>				
La comunicación de beneficios por el personal	<input type="radio"/>				
Facturando en conjunto experiencia	<input type="radio"/>				
Comentarios: _____					

Consideraría nuestra facilidad para futuros servicios si necesitado. Si___ No___

Ha sido informado acerca de nuestros programas de bienestar. Si___ No___

Asesta allí algo que puede mejoramos. Si___ No___

Hay cualquier éxito que usted querría compartir. Si___ No___

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____