



Cuenta # \_\_\_\_\_

# Temple Community Hospital

## Su opinion cuenta

Por favor diganos como podemos servirle mejor. Cada uno de nosotros que representamos al Temple Community Hospital esperamos que su estadia aqui sea confortable y plasertera. Por favor, denos unos minutos de su tiempo para contestar las siguientes preguntas. Sus respuestas nos ayudaran a mejorar la calidad del servicio que el hospital le prestara en el futuro.

Por favor denos su opinion de como fue atendido durante su estadia en el hospital.

1. Como nos califica

Excelente Bueno Promedio Justo Pobre N/A

Empleados Amigables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado que le brindo el servicio de enfermeria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explicación de tratamiento y exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo que espero para ser atendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le fueron contestadas las llamadas a tiempo y con amabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida servida a la temperatura apropiada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay tranquilidad (silencio) en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funcionamiento del equipo en su cuarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza del cuarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza de todo el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura confortable en el cuarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. En general como califica su estadia en el hospital?

3. Recomendaria usted este hospital a otras personas?

Definitivamente si  prabablemente si  probablemente no  Definitivamente no

Si su respuesta es "no" por que, comentarios \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Por favor diganos como le podemos servir mejor la proxima vez.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Que le gusto más del Temple Community Hospital?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si usted fue atendido por uno o más de los siguientes departamentos, díganos si el personal le trato con cortesía y respeto

	SI	NO
Admisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingeniería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio de Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PBX-Operadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rayos X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opiniones y comentarios adicionales

---

Si le gustaria obtener una respuesta personal sobre este cuestionario, favor de escribir su dirección y numero de telefono

---

Hay alguna persona en el hospital que usted quisiera reconocer y darle las gracias?

Quien? \_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Gracias por venir al Temple Community Hospital***

**235 NORTH HOOVER STREET, LOS ANGELES, CALIFORNIA 90004**

**(213) 382-7252**