

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN CIUDADANA PARA EVALUAR SERVICIOS DE CONSULTA GENERAL, TERAPIA PSICOLÓGICA Y CONSULTA DENTAL.

Introducción: Marcar con una X la opción seleccionada.

1.- ¿A qué tipo de servicio acudió?

Consulta General ☐ Terapia Psicológica ☐ Consulta Dental ☐

2.- ¿Cómo evalúa el lugar donde recibe su consulta o terapia?

Cómodo ☐ Seguro ☐ Indiferente ☐ Inseguro ☐

3.- ¿El personal cuenta con el equipo necesario para atenderlo?

Si ☐ No ☐

4.- ¿Cómo evalúa al médico o profesional que lo atendió?

Excelente ☐ Bueno ☐ Razonable ☐ Malo ☐

5.- ¿Cómo evalúa la actitud de servicio del personal de apoyo?

Excelente ☐ Bueno ☐ Razonable ☐ Mala ☐

6.- ¿El médico o profesional que lo atendió, explicó el diagnóstico de su padecimiento?

Si ☐ No ☐

7.- ¿Cómo califica el procedimiento para obtener su consulta o terapia?

Rápido ☐ Ágil ☐ Normal ☐ Razonable ☐ Lento ☐

8.- ¿El personal que labora en el área cuenta con un protocolo de atención al usuario?

Si ☐ No ☐

9.- ¿Con qué frecuencia asiste al Centro DIF?

Cada mes ☐ Cada 3 meses ☐ Cada 6 meses ☐ Cada año ☐

10.- ¿Cuál es la razón por la cual acude al Centro DIF?

Precio ☐ No contar con seguro médico ☐ Cercanía a su domicilio ☐ Por el equipo medico ☐
Otro ☐

11.- ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para recibir su consulta general?

5-10min. ☐ 10-20min. ☐ 20-30min. ☐ Más de 30min. ☐

12.- ¿Usted estaría dispuesto a pagar más para recibir un mejor servicio?

Si ☐ No ☐ ¿Porqué? _____

13.- ¿Cómo considera usted, el costo por el servicio de consulta o terapia?

Excesivo ☐ Razonable ☐ Barato ☐

14.- ¿Sabe usted que servicios ofrece el centro DIF?

Si ☐ No ☐

15.- ¿Sabe usted que requisitos necesita para obtener su consulta o terapia?

Si ☐ No ☐

16.- ¿Tiene usted conocimiento de los horarios de atención?

Si ☐ No ☐

17.- ¿Tiene alguna recomendación para mejorar el servicio?

