



Ability Encuesta de Satisfaccion del Paciente – Entrega del Dispositivo

Numero Identificacion del Paciente:

Primero nombre del Paciente:

Apellido del Paciente:

Fecha:

	ESTOY DE ACUERDO	ESTOY EN DESACUERDO	NO APLICA
1. Recibí una cita dentro de un tiempo razonable.			
2. El personal me mostró el nivel adecuado de cortesía y respeto.			
3. Entiendo los pasos en mi tratamiento para recibir una prótesis o órtesis.			
4. Se me describió el propósito de mi prótesis / ortesis.			
5. Hasta ahora, mi prótesis / ortesis encaja bien.			
6. Hasta ahora, mi prótesis / ortesis no tiene dolor cuando la uso.			
7. Estoy satisfecho con el entrenamiento que recibí para mi prótesis / ortesis.			
8. Mis preguntas y preocupaciones fueron dirigidas a mi satisfacción.			
9. Mis obligaciones financieras me fueron explicadas.			
10. Mi condición ha mejorado con el uso de mi prótesis / ortesis.			
11. Estoy satisfecho con toda la atención que recibí.			
12. Es probable que recomiende Ability a mis amigos y familia.			
13. Comentarios adicionales:			
14. Si desea recibir una llamada de seguimiento para analizar su satisfacción con la atención que recibió en Ability P & O, marque la siguiente casilla y deje su número de teléfono de contacto. <input type="checkbox"/> Numero de telefono: _____			

* Como nuestro objetivo es proporcionar la mejor atención posible, puede recibir una llamada de seguimiento con respecto a los artículos respondidos con "No estoy de acuerdo" en la encuesta de satisfacción.

**Si cree que tuvo una experiencia positiva con la atención que recibió en Ability P & O, le recomendamos que deje una reseña de 5 estrellas en Google.