

2018 Patient Experience Survey (Dental) ENCUESTA 2018 SOBRE EXPERIENCIA DE PACIENTE (DENTAL)

We really value your opinion and your time. Please help us to make the Clinic better for you by completing this survey.
Valoramos mucho su opinión y su tiempo. Por favor ayúdenos a mejorar la Clínica para usted al contestar esta encuesta.

You may use the back of this page if there is not enough room to explain items below.

Si necesita más espacio, puede usar el lado reverso para completar su explicación de abajo.

1. Were you able to get an appointment as quickly as you felt necessary for your dental condition? **YES / NO**
De su punto de vista, ¿Pudo conseguir una cita pronto según su condición dental? SI/NO
If NO, would you help us improve by explaining? _____
Por favor explique si su respuesta es NO. _____
2. How much delay did you experience between your appointment time and being taken to an exam room?
¿Cuánto lapso de tiempo hubo desde la hora de su cita hasta cuando fue llevado(a) al consultorio?
NO DELAY / FAIRLY QUICK / NOTICEABLY LONG
Ninguna demora/Poca demora/Bastante demora
3. Who was your dental provider (Dentist or Hygienist)? _____
¿Quién le proveyó el servicio (Dentista o Higienista dental)? _____
Do you feel the person spent adequate time with you? **YES/NO**
¿Piensa que la persona le dió tiempo adecuado? SI/NO
Do you feel the person explained things in a way that you understand? **YES/NO**
¿Piensa que la persona le dió explicaciones de tal manera que usted entendió? SI/NO
Overall, are you happy with care the person provided? **YES/NO**
En general, ¿Está contento(a) con el servicio que la persona le proveyó?
If NO to any of the above, please help us adjust by explaining. _____
Por favor explique si su respuesta es NO. _____
4. Do you feel you have been treated today with respect for your concerns and interests by each person contributing to your care? **YES/NO**
¿Piensa que el trato que recibió hoy de cada person que lo(a) atendió fue con respeto por sus intereses? SI/NO
5. Overall, do you feel that all your oral health needs are currently being met by your clinic? **YES/NO**
En general, ¿Piensa que su clínica provee lo necesario para su salud bucal? SI/NO
If not, could you help us adjust by explaining? _____
Por favor explique si su respuesta es NO. _____
6. Considering everything, do you feel the fees are reasonable?
Considerando todo, ¿Piensa que las cuotas son razonables?
Office Visit **YES/NO** Supplies **YES/NO** Medicine **YES/NO** Are you on sliding fees? **YES/NO**
Consulta SI/NO Suministros SI/NO Medicina SI/NO ¿Usa escala variable de honorarios? SI/NO

7. How could we change our scheduling to better accommodate your needs? (circle all that apply)
¿Qué cambios en nuestro horario sujere usted para acomodar su necesidad? (circular lo que aplica)
EXTENDED HOURS - EARLY MORNING / LATE EVENING / SATURDAYS / OTHER: _____
HORARIO EXTENDIDO – Temprano en la mañana/Por la tarde/sábados/Otro: _____

8. How likely are you to recommend this clinic to your family and friends?
¿Qué tan probable es que usted recomienda esta clínica a su familia e amigos?
WOULD NOT AT ALL / POSSIBLY / LIKELY / DEFINITELY
Para nada/Posiblemente/Probablemente/Definitivamente

Please indicate any other comments to improve your satisfaction with care at the clinic. Use the back of this form if needed.

Por favor anote algún otro comentario que nos ayude en mejorar su satisfacción con el cuidado que se le provee en la clínica. Puede usar el lado reverso para completar su comentario.

Name (optional, but if will help us to address any concerns you might have.) YOUR AGE DATE
NOMBRE (Opcional, pero sí nos ayudaría responder a sus preocupaciones.) EDAD FECHA