

PLANNED PARENTHOOD OF GREATER NORTHERN NJ

¡DENOS UN MINUTO!

Centro Médico: _____ Fecha: _____ Su edad: _____ [] Mujer [] Hombre

Su país de origen: _____ Su código postal: _____

Su raza o pertenencia étnica (opcional):

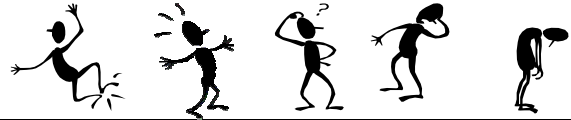
[] Asiático [] Negra o Africana Americana [] Hispano [] Blanca [] Otra razón

Cuál es la razón principal que usted está aquí hoy?

[] Primera examinación [] Examinación anual [] Infección/problema
 [] Recoger píldoras [] Prueba del embarazo [] Otra razón _____



Por favor de circular como usted piensa que estamos haciendo en las áreas siguientes:	EXCELENTE 5	BUENO 4	BIEN 3	REGULAR 2	MALO 1	N/A
Facilidad de conseguir cuidado:						
Facil alcanzar por el teléfono	5	4	3	2	1	N/A
Las horas que el centro está abierta	5	4	3	2	1	N/A
Tiempo de espera para obtener una cita médica	5	4	3	2	1	N/A
Tiempo en sitio de espera	5	4	3	2	1	N/A
Empleados: Evaluación del doctor o enfermera:						
Escuchen a usted	5	4	3	2	1	N/A
Toman bastante tiempo con usted	5	4	3	2	1	N/A
Expliquen lo que usted desea saber	5	4	3	2	1	N/A
Déle buenos consejos y tratamiento	5	4	3	2	1	N/A
Enfermeras y consejeros:						
Respetosos y provechosos a usted	5	4	3	2	1	N/A
Responden a sus preguntas	5	4	3	2	1	N/A
Escuchen a usted	5	4	3	2	1	N/A
Expliquen lo que usted quiere saber	5	4	3	2	1	N/A



Por favor de circular como usted piensa que estamos haciendo en las areas siguientes:	EXCELENTE 5	BUENO 4	BIEN 3	REGULAR 2	MALO 1	N/A
Recepcionista:						
Respetuosa y provechosa a usted	5	4	3	2	1	N/A
Responde a sus preguntas	5	4	3	2	1	N/A
Facilidad:						
Localización conveniente	5	4	3	2	1	N/A
Estacionamiento	5	4	3	2	1	N/A
Edificio limpio y aseado	5	4	3	2	1	N/A
Comodidad mientras que espera	5	4	3	2	1	N/A
Privacidad	5	4	3	2	1	N/A
Confidencialidad:						
Manteniendo mi información personal privada	5	4	3	2	1	N/A
La probabilidad de referir a sus amigos y familia a nosotras:	5	4	3	2	1	N/A

Cuanto tiempo hace que viene a nuestro centro médico? _____

Qué le gusta usted mejor sobre nuestro centro médico? _____

Qué no le gusta sobre nuestro centro médico? _____

Nuestros mejores ideas vienen de los pacientes. Si podría usted cambiar algo, que sugería? _____

¡Gracias por terminar nuestro examen!

Este examen puede ser enviado a:
PPGNNJ Medical Administration
 196 Speedwell Ave., Morristown, NJ 07960

Give Us a Minute
SMSG 18.3.2