Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles

**Encuesta de satisfacción del cliente**

¡Su opinión es importante para nosotros! Por favor, responda a las siguientes preguntas para ayudarnos a mejorar su experiencia. Su participación es voluntaria y sus respuestas son confidenciales.

1. **¿Cuáles fueron los servicios o la información más reciente que recibió por parte de (insert program name)?** Marque (✓) todas las opciones que le apliquen.

 🞎 option 1 🞎 option 2 🞎 option 3 *(please tailor the response options for your program)*

1. **¿Cómo recibió estos servicios o información**? Marque (✓) todas las opciones que le apliquen.

🞎 Por teléfono

🞎 En persona

🞎 Por correo electrónico

🞎 Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Usando una escala de 1 a 10, díganos que tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes oraciones:**

Circule su respuesta.

 Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Recibí los servicios o la información que necesitaba.**
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | No aplica |
| 1. **Fue fácil encontrar los servicios o la información que necesitaba.**
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | No aplica |
| 1. **Recibí asistencia en tiempo razonable.**
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | No aplica |
| 1. **El empleado entendió mis necesidades.**
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | No aplica |
| 1. **Fui tratada con respeto.**
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | No aplica |
| 1. **En general estuve satisfecho(a) con mi experiencia.**
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | No aplica |

(add questions here, if any)

1. **¿Qué hacemos bien?**
2. **¿Cómo podemos mejorar?**