



Centro de Salud Comunitaria de Parkdale

Encuesta de Satisfacción del Cliente 2012

Estimados Clientes del Centro de Salud Comunitaria de Parkdale (en adelante, PCHC, por sus siglas en inglés):

Solicitamos su colaboración con el fin de evaluar nuestros servicios y programas. Necesitamos conocer sus opiniones sobre lo que hacemos y sobre lo que podemos mejorar. Por lo tanto, solicitamos sus sinceras opiniones.

Esta encuesta es completamente anónima y confidencial. Su elección de participar de dicha encuesta no afectará el servicio que usted recibe en PCHC desde ningún punto de vista.

A medida que responda estas preguntas, deberá tener en cuenta los programas y servicios que recibió durante el año pasado. Esto puede incluir citas con el personal, grupos y talleres, grupos de acción comunitaria, grupos y comités asesores, etc.





Gracias por el tiempo que ha de invertir en completar este cuestionario.
Apreciamos sus comentarios.

Ante todo tipo de consultas,
comuníquese al 416-537-2455

La presente encuesta también se encuentra disponible en portugués, español, húngaro y chino.





INSTRUCCIONES PARA RESPONDER

Para las siguientes preguntas, marque una X en el casillero que corresponda a la respuesta que usted brinda a la pregunta:

	TOTALMENTE DE ACUERDO
	DE ACUERDO
	EN DESACUERDO
	TOTALMENTE EN DESACUERDO
No sabe/No contesta	NO APLICA/NO SABE

PREGUNTAS DE LA ENCUESTA

GENERAL

					No sabe/No contesta
En general, me siento satisfecho con los programas y servicios de PCHC.					
Le recomendaría PCHC a un familiar o amigo.					
En general, el Centro se mantiene limpio, cómodo y agradable.					
¿Por qué sí o por qué no?					

ACCESO

					No sabe/No contesta
Puedo obtener un turno cuando necesito uno.					
El personal me ayuda a obtener los servicios que necesito ya sea en PCHC o en mi comunidad.					
Los programas y servicios son provistos en un idioma que me resulta cómodo.					
Los programas y servicios son sensibles a mi cultura.					
Los programas y servicios son brindados de una manera en la que se tiene en cuenta mi discapacidad física.					

COMUNICACIÓN

					No sabe/No contesta
El personal me habla con facilidad y me alienta a hacer preguntas.					
El personal me explica los temas de una manera en la que los puedo entender.					
El personal es amigable y cortés.					
Sé cómo hacer una sugerencia o presentar una queja.					
Confío en que el personal obtendrá mi permiso antes					

de compartir información confidencial sobre mí fuera de PCHC.					
--	--	--	--	--	--





CALIDAD

	😊😊	😊	😞	😞😞	No sabe/No contesta
El personal me brinda información que puedo utilizar para mejorar mi salud y mi bienestar.					
Los programas y servicios provistos por PCHC responden a mis necesidades.					
Se me solicita que brinde información sobre los programas y servicios que utilizo.					

IMPACTO

	😊😊	😊	😞	😞😞	No sabe/No contesta
Siento que mi calidad de vida es mejor debido a los programas y servicios que he recibido en PCHC.					
Los programas y servicios me han ayudado a mejorar mi salud y mi bienestar.					
PCHC presenta un impacto positivo en la salud de la comunidad.					

PREGUNTAS GENERALES

					No sabe/No contesta
Esta encuesta me ha dado la oportunidad de expresar mis opiniones sobre PCHC.					
Esta encuesta tuvo la longitud correcta.					

Por favor, respóndanos la siguiente pregunta: ¿qué le parece que estamos haciendo bien?

Ahora, díganos: ¿qué le gustaría que fuera diferente? ¿Qué podemos hacer para mejorarlo?

¿Qué programas y servicios específicos utilizó el año pasado? (marque todos los que correspondan):

Programas y Servicios de Atención Primaria

- Consultas médicas
- Atención médica
- Enfermeras practicantes
- Enfermería
- Nutricionista
- Quiropodista
- Fisioterapeuta
- Servicios psiquiátricos
- Trabajador Social
- Control de Diabetes
- Clínica naturopática

Programas y Servicios de Atención Poblacional

- Programación Senior
- Reducción de daños/Intercambio de agujas
- Educación sobre Hepatitis C
- Grupos de apoyo a la mujer (grupo de mujeres en Asia del Sur, grupo de relajación y guardería)
- Programa para recién nacidos
- Programas de Familias Saludables (pleno potencial del niño, fortalecimiento de familias, programa de nutrición)
- Grupo FUN (DIVERSIÓN)
- KAPOW
- Sistema Good Food Box
- Iniciativa para personas sin hogar (recursos básicos como, por ejemplo, alimentos, vestimenta, TTC)
- Gestión de casos
- Identificación clínica
- Impuesto a los ingresos de la Clínica

Acerca de usted

Finalmente, nos gustaría hacerle algunas preguntas personales.

Sus respuestas nos ayudarán a comprender los resultados de esta encuesta de modo que podamos satisfacer sus necesidades con éxito. Todas sus respuestas serán de carácter confidencial. Por supuesto que no es obligación que responda alguna o todas estas preguntas si no lo desea. Sin embargo, apreciaríamos mucho todo tipo de información que pudiera brindarnos.

¿Durante cuántos años ha recibido los servicios de PCHC?

- Menos de 3 meses
- de 3 a 6 meses
- de 6 a 12 meses
- de 12 a 24 meses
- de 2 a 5 años
- de 5 a 10 años
- 10 o más años

En general, ¿cómo clasificaría su salud general actual?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Escasa

¿Cuántos años tiene?

- de 12 a 24
- de 25 a 34
- de 35 a 44
- de 45 a 54
- de 55 a 64
- de 65 a 74
- 75 o más

Con respecto a su condición sexual/género, se identifica como... (Marque todas las que correspondan)

- Masculino
- Femenino
- Travesti
- Transsexual
- Intersexual
- Otro (especificar) _____

Con respecto a su orientación sexual, se identifica como...

- Heterosexual
- Gay
- Lesbiana
- Bisexual
- Queer
- Trans
- Otro (especificar) _____

Su residencia es...

- Propia
- Alquilada
- Vivienda por plan social
- Albergue temporario
- Cooperativa de vivienda
- Vivienda senior
- No tengo vivienda
- Otro (especificar) _____

¿Cuál es el grado o nivel de escolaridad más elevado que ha completado?

- Octavo grado o menos
- Algunos años de la secundaria, pero no me gradué
- Graduado de la secundaria
- Algunos años de educación terciaria (2 años o menos)
- Diploma o título universitario

Otro (especificar) _____

¿Prefiere que los servicios de PCHC aparezcan en otro idioma que no sea inglés?

Sí (especificar) _____

No

¿Cuál es la fuente de ingresos de su grupo familiar?

- sin ingresos
- asistencia social
- pensión por retiro
- otro tipo de pensión
- ingresos por trabajo
- Otros ingresos (especificar) _____

¿Cuáles son los ingresos anuales de su grupo familiar?

- Menos de \$15.000
- de \$15.000 a \$19.999
- de \$20.000 a \$29.999
- de \$30.000 a \$39.999
- de \$40.000 a \$49.999
- de \$50.000 a \$59.999
- \$60.000 y más

¿Cuántas personas (incluidos niños) habitan su vivienda? _____

¿Qué idioma(s) practica usualmente en su hogar? _____

¿Cuál es su país de origen? _____

¿Tiene una discapacidad?

No

Sí (especificar) _____

¿Cuenta con acceso regular a internet?

No

Sí

¿Le gustaría recibir futuras encuestas y otras noticias del Centro mediante correo electrónico?

No

Sí

Si su respuesta es sí, bríndenos su dirección de correo electrónico:

**Gracias por el tiempo que ha invertido en completar este cuestionario.
Apreciamos sus comentarios.**

