

¡Gracias por su participación en el Programa de Salud del WTC en el Centro Clínico de Excelencia en el NYUSOM!

Agradeceríamos por favor su colaboración, con el fin de mejorar el Centro Clínico de Excelencia y poder proveer mejores servicios a nuestros pacientes. Por favor, ayúdenos contestando unas preguntas sobre su visita de tratamiento, sólo le llevara unos minutos. Esta encuesta es anónima. Agradecemos sus comentarios.

Pregunta:

¿Cuándo fue su visita de tratamiento?

Mes: _____ Año: _____

Pregunta:

¿Que proveedor(-es) ha visitado usted? Por favor, marque todo lo que aplique

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Pulmonar | <input type="radio"/> Asistente Social |
| <input type="radio"/> ENT | <input type="radio"/> Neurólogo |
| <input type="radio"/> GI | <input type="radio"/> Cardiólogo |
| <input type="radio"/> Salud Mental | <input type="radio"/> Otro: _____ |

Pregunta:

¿Cuál fue el motivo de su visita? Por favor, marque todo lo que aplique

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Preocupación Salud Física | <input type="radio"/> Necesidad de medicación |
| <input type="radio"/> Preocupación Salud Mental | <input type="radio"/> Compensación de trabajadores |
| <input type="radio"/> Necesidad Servicios Sociales | <input type="radio"/> Fondo de Compensación para víctimas |
| <input type="radio"/> Requerido por un miembro familiar | <input type="radio"/> Otro: _____ |

Pregunta:

Por favor, indique por qué el NYU CCE era la mejor opción para sus cuidados

Pregunta:

¿Fue usted referido a otro especialista para un seguimiento posterior?

Sí No

Pregunta:

¿Acepto usted su referido de tratamiento?

Sí No

Pregunta:

¿Continuará usted participando en el programa de tratamiento?

Sí No (Por favor indique por qué)

Por favor, evalúe cada componente de su experiencia de tratamiento, marcando un círculo alrededor de la reacción apropiada:

- ☹️ - Muy Insatisfecho
- 😞 - Insatisfecho
- 😐 - Un poco Insatisfecho
- 😐 - Neutro
- 🙂 - Un poco Satisfecho
- 😊 - Satisfecho
- 😄 - Muy Satisfecho
- N/A - No Aplica

Amabilidad del Personal



Asistente Social



Transmisión de los resultados del examen



Puntualidad



Terapia de Grupo



Pidiendo horas/
Sacando Citas



Medicó



Medicamentos



Experiencia en General



Proveedor de
Salud Mental



Exámenes/Procedimientos



Pregunta:

Si usted selecciono que usted estaba "Un poco Insatisfecho", "Insatisfecho", o "Muy Insatisfecho" con uno o más componentes de su exploración, por favor, díganos por qué:

Pregunta:

¿Hay algo en que usted desearía que nosotros mejoráramos?

¡Muchas gracias por sus comentarios! Le valoramos como miembro y tomaremos en consideración sus respuestas, mientras seguimos proveyéndole cuidados y servicios en el futuro. En caso de que usted tenga cualquier pregunta relacionada con sus cuidados, usted puede ponerse en contacto con nuestro despacho y llamar, de lunes a viernes, de 9 de la mañana a 5 de la tarde, al teléfono (212) 263-7335.