

# Will County Community Health Center

## Patient Satisfaction Survey

**We would like to know how you feel about the services we provide so we can make sure we are meeting your needs. Your responses are directly responsible for improving these services. All responses will be kept confidential and anonymous. Thank you for your time.**

Your Age: \_\_\_\_\_

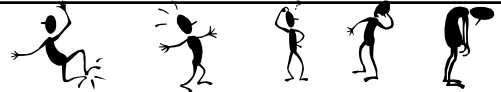
Your Race/Ethnicity:

- Asian
- Pacific Islander
- Black/African American
- American Indian/Alaska Native
- White (Not Hispanic or Latino)
- Hispanic or Latino (All Races)
- Unknown

Your Sex:

Male \_\_\_\_\_

Female \_\_\_\_\_



Please circle how well you think we are doing in the following areas:	GREAT 5	GOOD 4	OK 3	FAIR 2	POOR 1	N/A
<b>Ease of getting care:</b>						
Ability to get in to be seen						
Ability to be seen as a walk-in						
Ability to be seen with an appointment						
Hours Center is open						
Convenience of Center's location						
Prompt return on calls						
<b>24-Hour Medical Emergency Access:</b>						
Ability to reach a provider/staff at any time of day or night						
<b>Waiting:</b>						
Time in waiting room						
Time in exam room						
Waiting for tests to be performed						
Waiting for test results						
<b>Provider: (Physician, Dentist, Nurse Practitioner)</b>						
Listens to you						
Takes enough time with you						
Explains what you want to know						
Gives you good advice and treatment						
<b>Provider: (Nurses)</b>						
Listens to you						
Takes enough time with you						
Explains what you want to know						
Gives you good advice and treatment						

Please circle how well you think we are doing in the following areas:	GREAT	GOOD	OK	FAIR	POOR	N/A
	5	4	3	2	1	
<b>Medical Assistants and Translators:</b>						
Friendly and helpful to you						
Answers your questions						
<b>Written Information:</b>						
Was the Clinic brochure available to you						
<b>All Others:</b>						
Friendly and helpful to you						
Answers your questions						
<b>Payment :</b>						
What you pay						
Explanation of charges						
Collection of payment/money						
<b>Facility:</b>						
Neat and clean building						
Ease of finding where to go						
Comfort and Safety while waiting						
Privacy						
<b>Confidentiality:</b>						
Keeping my personal information private						
<b>The likelihood of referring your friends and relatives to us:</b>						

Do you consider this center your regular source of care? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

What do you like best about our center? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

What do you like least about our Center \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Suggestions for improvement? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PLEASE SEND THIS FORM BY FAX, MAIL, OR E-MAIL TO:  
 Rita Giannattasio  
 Will County Community Health Center  
 1106 Neal Avenue, Joliet, IL 60433  
 Fax: (815) 727-8852 email: ritag@willcountyhealth.org

Centro Comunitario de Salud

Del Condado De Will

Encuesta De Satisfacción Para el Paciente

Quisiéramos saber que piensa usted de los servicios de salud que ofrecemos para asegurarnos que estamos satisfaciendo sus necesidades. Sus respuestas se tomarán en cuenta para mejorar nuestros servicios. Sus respuestas serán tomadas confidencialmente y anónimamente. ¡Gracias por su tiempo!

Su Edad: \_\_\_\_\_

Su Raza/Etnicidad:

\_\_\_ Oriental

\_\_\_ Isla Pacifica

\_\_\_ Negro / africano Americano

\_\_\_ Indio Americano / nativo de Alaska

\_\_\_ Blanco (No Hispano ni Latino)

\_\_\_ Hispano o Latino (Todas las Razas)

\_\_\_ No Sé

Su Sexo:

Masculino \_\_\_\_\_

Femenino \_\_\_\_\_



Por favor califique los servicios en las siguientes áreas y circule el número de acuerdo con la calidad de cada servicio:	Muy Bueno 5	Bueno 4	Regular 3	Pobre 2	Muy Pobre 1	Ninguna
<b>Facilidad de recibir cuidado:</b>						
Habilidad para obtener una cita	5	4	3	2	1	Ninguna
Habilidad de ser visto sin cita	5	4	3	2	1	Ninguna
Habilidad de ser visto con cita	5	4	3	2	1	Ninguna
Horas de servicio del Centro	5	4	3	2	1	Ninguna
Lugar donde se encuentra el Centro	5	4	3	2	1	Ninguna
Rapidez en contestarle por teléfono	5	4	3	2	1	Ninguna
<b>Acceso de emergencia médica las 24 horas</b>						
Habilidad de tener un médico a cualquier hora del día o de la noche						
<b>El Consultorio:</b>						
Tiempo en la sala del Centro	5	4	3	2	1	Ninguna
Tiempo en el cuarto de examen	5	4	3	2	1	Ninguna
Tiempo que espera para que le hagan un examen	5	4	3	2	1	Ninguna
Tiempo de espera para obtener los resultados del examen	5	4	3	2	1	Ninguna
<b>Proveedor: (Doctor, Dentista, Enfermera Practicante)</b>						
Le escuchan	5	4	3	2	1	Ninguna
Se toman suficiente tiempo con usted	5	4	3	2	1	Ninguna
Le explican lo que usted quiere saber	5	4	3	2	1	Ninguna
Le dan buenos consejos y tratamiento	5	4	3	2	1	Ninguna
<b>Proveedor: (Enfermera)</b>						
Le escuchan	5	4	3	2	1	Ninguna
Se toman suficiente tiempo con usted	5	4	3	2	1	Ninguna
Le explican lo que usted quiere saber	5	4	3	2	1	Ninguna
Le dan buenos consejos y tratamiento	5	4	3	2	1	Ninguna

<b>Enfermeras, Traductores:</b>						
Son amistosos y amables cuando le ayuden	5	4	3	2	1	Ninguna
Le contestan sus preguntas	5	4	3	2	1	Ninguna
<b>Información escrita:</b>						
¿Estuvo el boletín de la clínica disponible para Ud.?						
<b>Todos Los Demás:</b>						
Amables y dispuestos en ayudarle	5	4	3	2	1	Ninguna
Le contestan sus preguntas	5	4	3	2	1	Ninguna
<b>Pago:</b>						
Lo que usted paga	5	4	3	2	1	Ninguna
Explicación de cargos	5	4	3	2	1	Ninguna
Colección de pago / dinero	5	4	3	2	1	Ninguna
<b>Lugar:</b>						
El consultorio está en orden y limpio	5	4	3	2	1	Ninguna
Es fácil de encontrar el lugar donde debe ir	5	4	3	2	1	Ninguna
Se siente cómodo y seguro cuando está esperando	5	4	3	2	1	Ninguna
Hay privacidad	5	4	3	2	1	Ninguna
<b>Confidencialidad:</b>						
Mi información personal se mantiene en privado	5	4	3	2	1	Ninguna
<b>La probabilidad de recomendar a parientes y amistades:</b>	5	4	3	2	1	Ninguna
<b>¿Considera esta clínica su Centro de cuidado principal?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>				Ninguna

¿Qué es lo que más le gusta de nuestro Centro?

---



---



---



---

¿Qué es lo que menos le gusta de nuestro Centro?

---



---



---



---

¿ Tiene sugerencias para mejoramiento?

---



---



---

ENVÍVE POR FAVOR ESTA FORMA DE FAX, DE MAIL, O DE E-MAIL A:

Rita Giannattasio  
Will County Community Health Center  
1106 Neal Avenue, Joliet, IL 60433  
Fax: (815) 727-8852 email: ritag@willcountyhealth.org