**Cuestionario para conocer el nivel de satisfacción del usuario externo**

**con la atención del Servicio de Neurofisiología**

El propósito del presente cuestionario anónimo es conocer su opinión con respecto a los servicios que otorga esta subdirección.

APLICADO A: Paciente ( ) Familiar ( )

En escala del 0 al 10, donde 10 es lo mejor: Calificación

¿Qué calificación le asigna al trato que recibió en este servicio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué calificación le asigna a la atención que le brindó este servicio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué calificación le asigna a la puntualidad de este servicio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué calificación le asigna a la eficiencia de este servicio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿A qué grado cubrió este servicio sus expectativas como usuario? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna dificultad o inconveniente al ser atendido en este servicio? Si ( ) No ( )

En caso afirmativo, descríbala:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué sugerencias tiene para mejorar la calidad de este servicio?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de aplicación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de aplicación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Muchas gracias**

F01-PR-SMR-18 REV. 00 SEP 21