

Encuesta de Satisfacción

CSM AIALA-LLODIO
CSM ARANBIZKARRA
CSM FERNÁNDEZ LECETA
CSM GASTEIZ-CENTRO
CSM SAN MARTÍN
S^o DE ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍAS

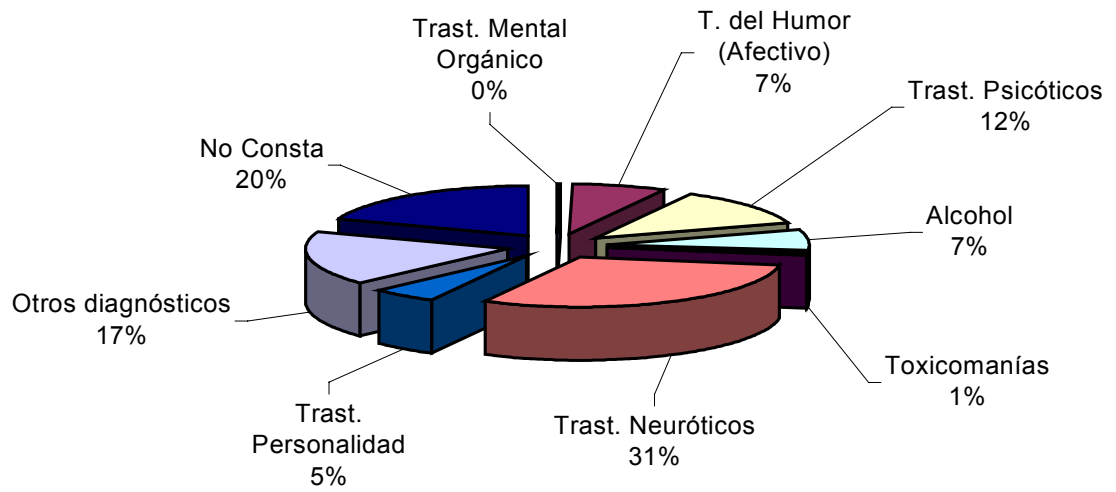
Servicio Extrahospitalario de Salud Mental de Alava

Julio de 2001

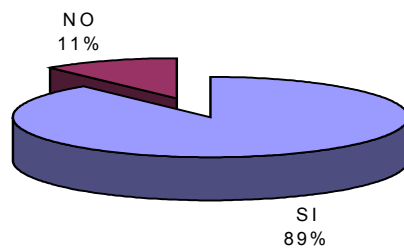
Encuesta de Satisfacción Extrahospitalaria

Datos Porcentuales

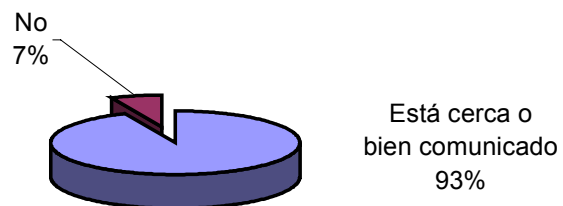
DIAGNÓSTICO



¿Desea usted realizar esta Encuesta?

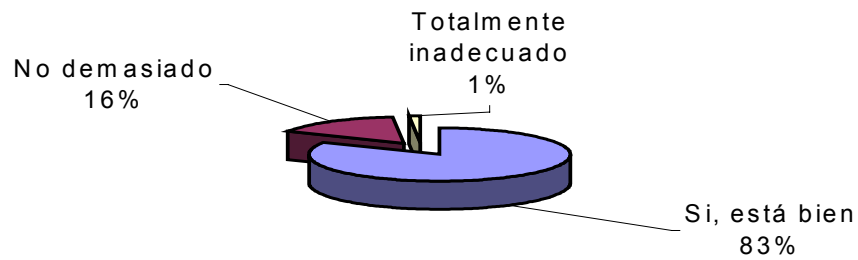


1.- ¿Le resulta fácil acudir al Centro desde su domicilio?

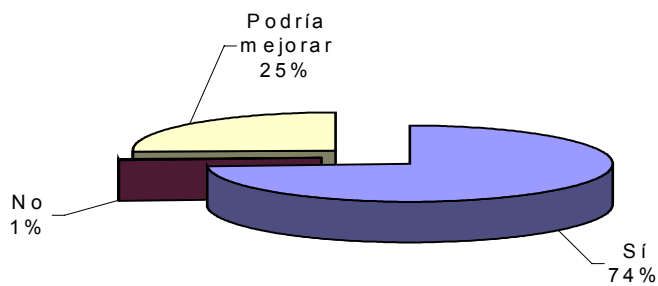


■ Está cerca o bien comunicado ■ No

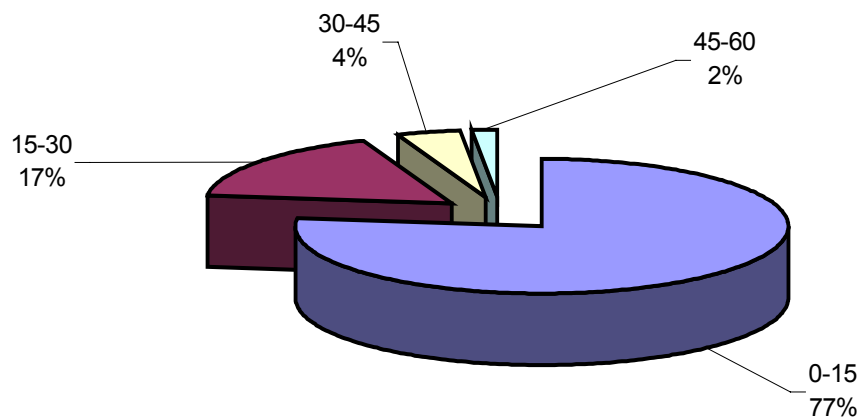
2.- En general, ¿le resulta este Centro cómodo y adecuado como lugar de asistencia?



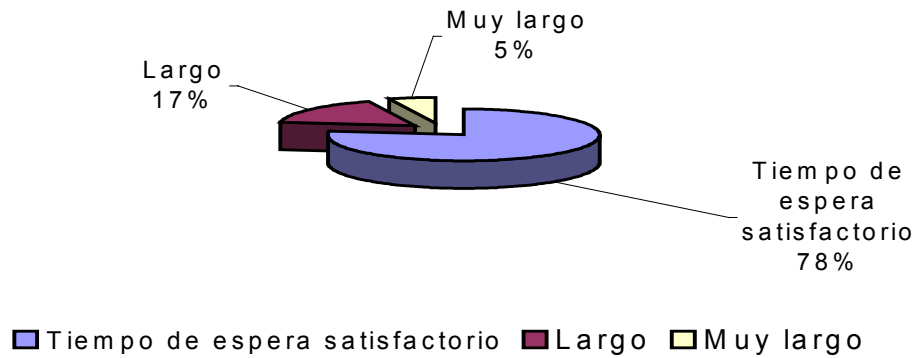
3.- Respecto al despacho donde se le visita ¿le parece que es íntimo y cómodo?



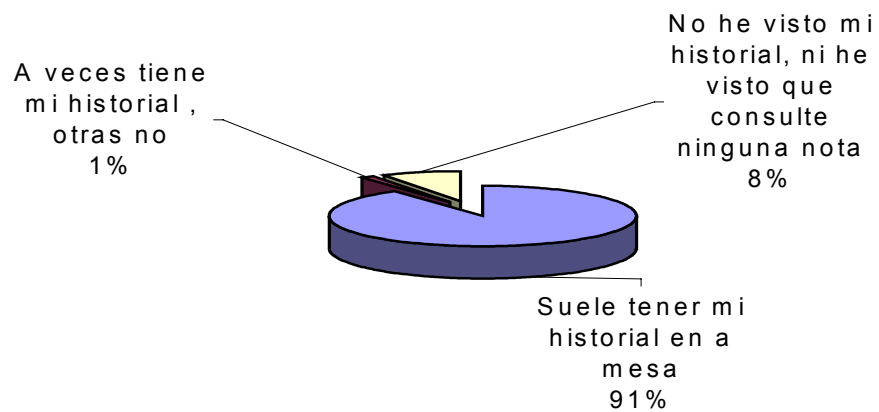
4.- ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar la última vez que le atendieron en este Centro?



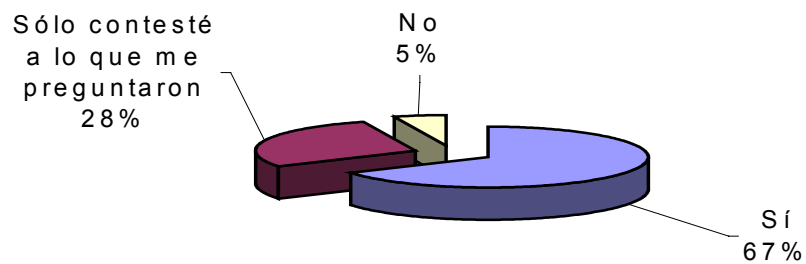
5.- ¿Qué le pareció este tiempo?



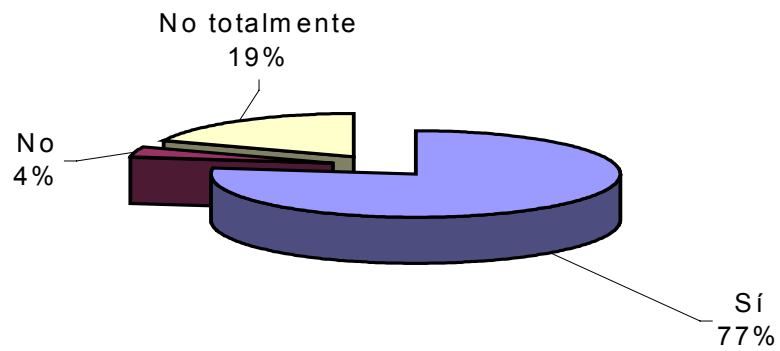
6.- El Profesional (Psiquiatra, Psicólogo, Enfermera, Trabajador Social) que le atiende...



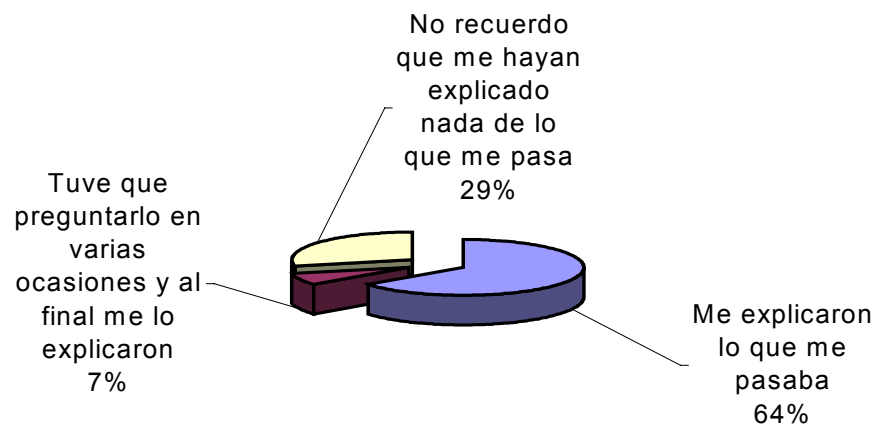
7.- Durante las primeras visitas que realizó en el Centro, ¿pudo explicar sus problemas?



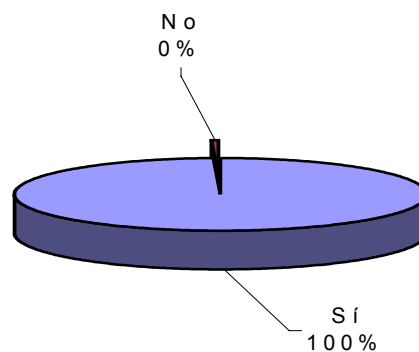
8.- ¿Considera que han comprendido su problema?



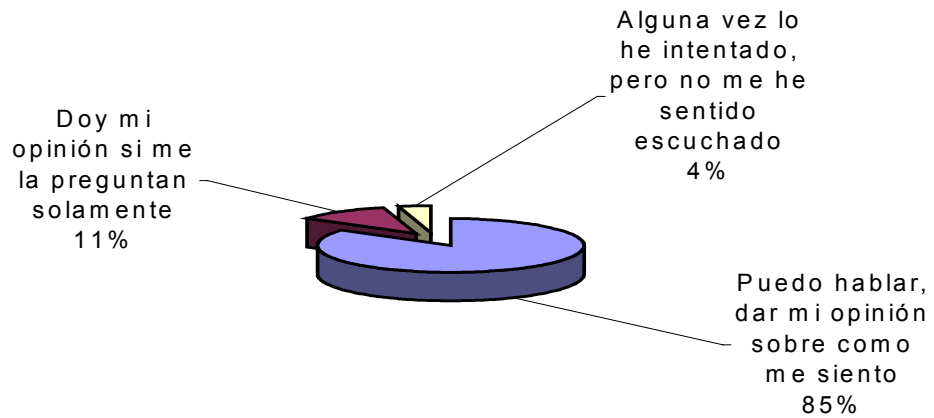
9.- Después de sus primeras visitas



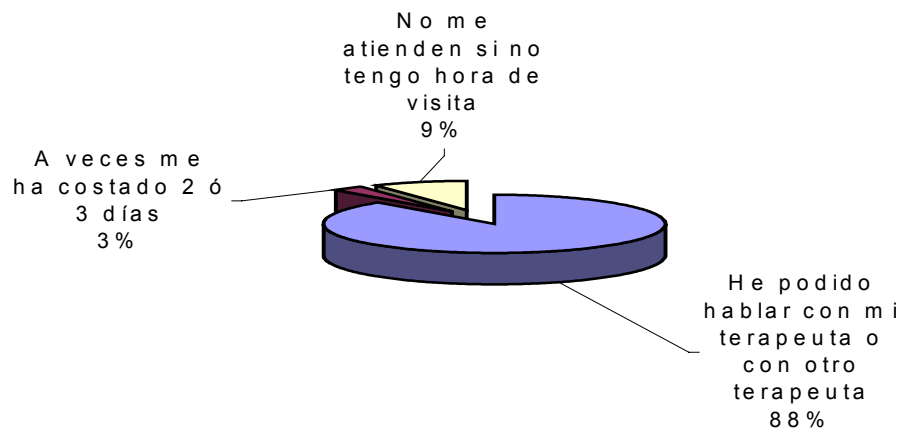
10.- Si el Psiquiatra le ha recetado algún medicamento, ¿le dijo cómo tomarlo?



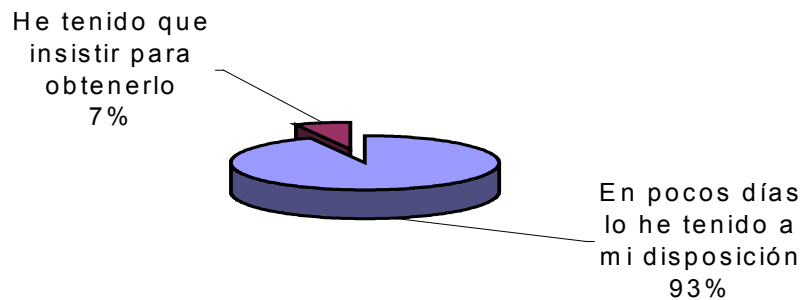
11.- En las visitas, ¿puede expresar lo que piensa?



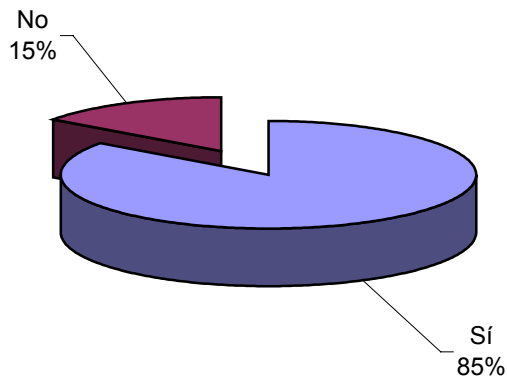
12.- Si usted ha tenido la necesidad de contactar entre consultas con un terapeuta...



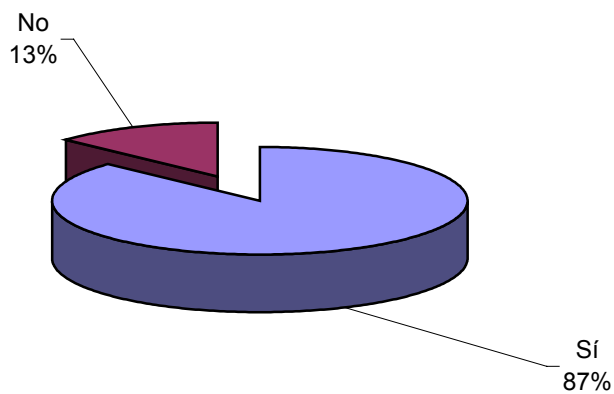
13.- Si usted ha necesitado en alguna ocasión que le hiciera un informe...



14.- ¿A usted le consta que su terapeuta conoce otras enfermedades que usted padece, y los medicamentos que toma para aliviarlas?



15.- Cree que a su terapeuta también le interesan sus relaciones familiares y el bienestar de su familia?

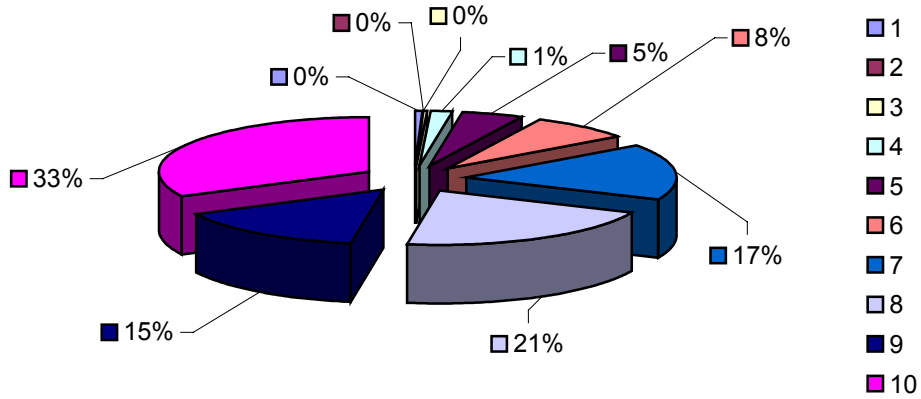


16.- Durante el tiempo que lleva usted visitándose en el centro, en general...

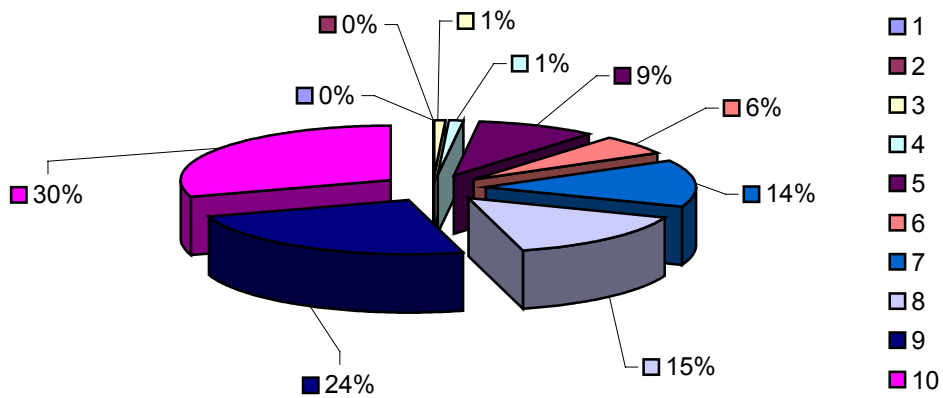


17.- Ruego califique del "1 al 10" a los profesionales con los que ha tenido trato directo en el Centro:

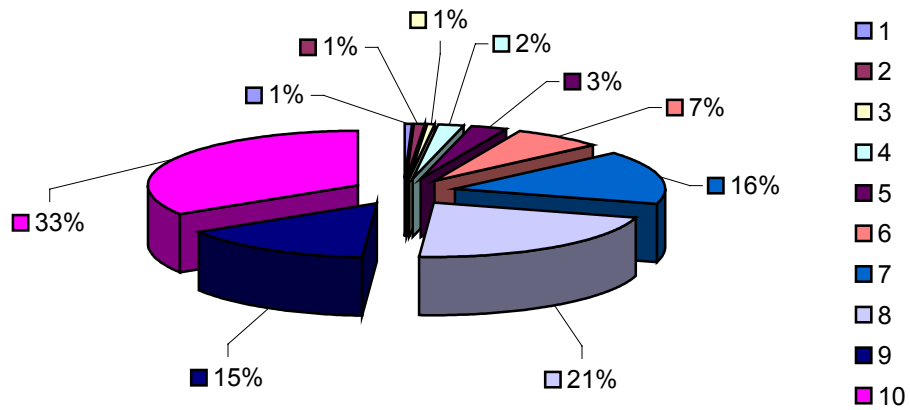
Valoración Psiquiatra



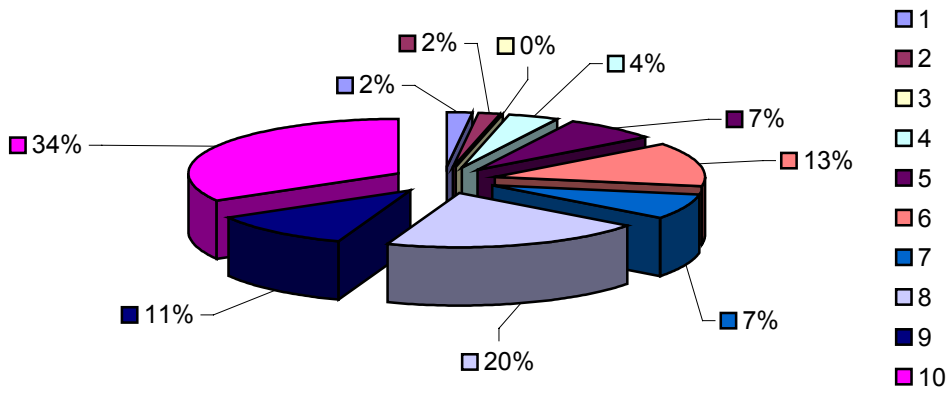
Valoración Psicólogo



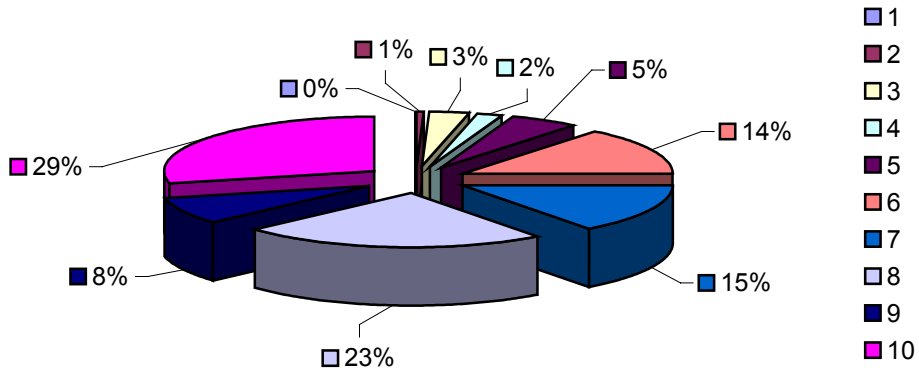
Valoración Enfermera



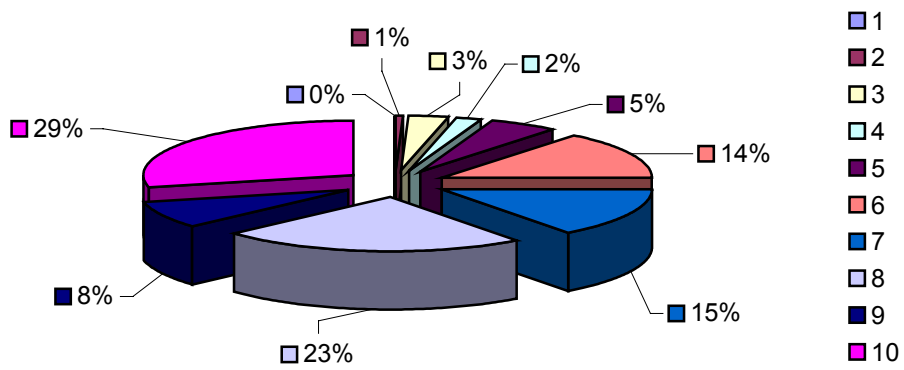
Valoración Trabajador Social



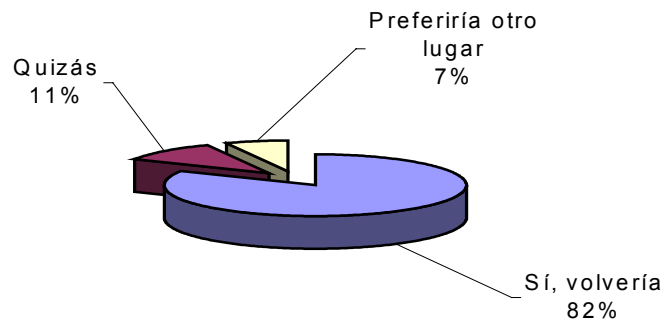
Valoración Administrativo



Valoración Monitor/Auxiliar

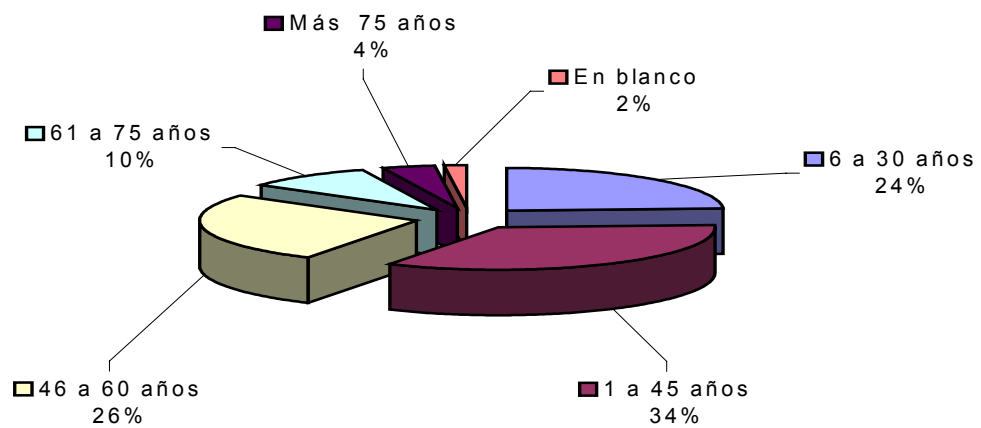


18.- En caso de poder elegir, ¿Volvería para ser atendido en este Centro?

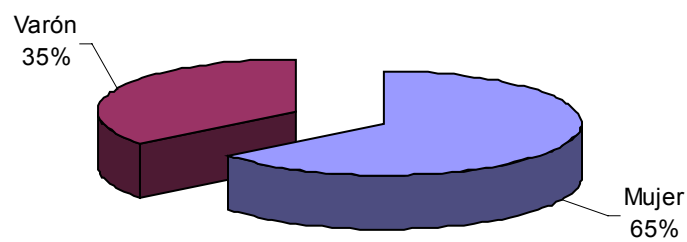


Para Finalizar, podría contestarnos a estos datos personales:

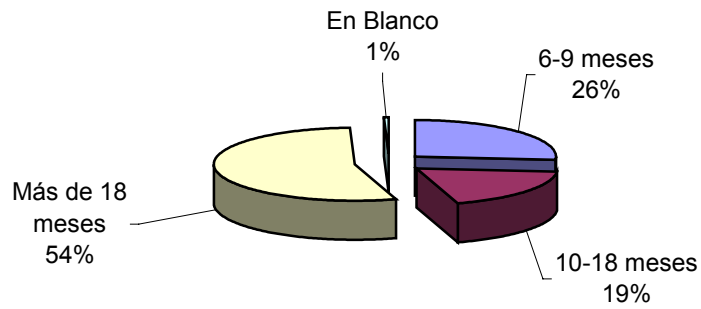
Edad:



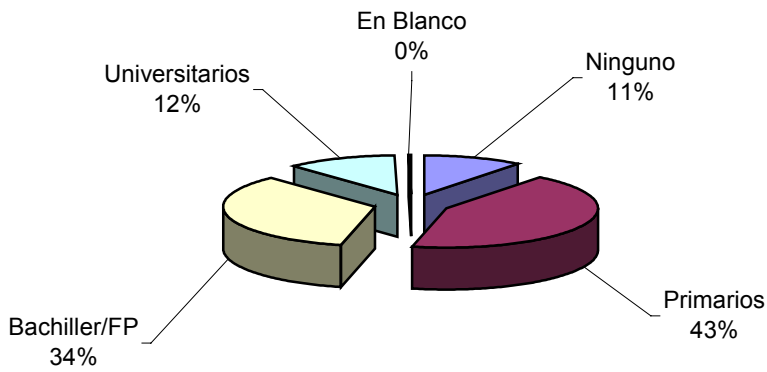
Sexo:



¿Desde cuándo acude a este Centro?



Estudios realizados:



Situación Laboral:

