



Family Service Association (FSA) of the Greater Elgin Area Encuesta de Satisfacion del Cliente

En un esfuerzo por evaluar la eficacia de los servicios que ofrecemos, agradeceríamos sus comentarios a través de esta breve encuesta. Sus respuestas son muy importantes y no afectarán en modo alguno a los servicios que recibe. Por el contrario, se utilizarán para mejorar la calidad de los servicios que prestamos y para determinar nuevas oportunidades de formación.

Fecha: _____

Nombre (Opcional): _____

Nombre de su terapeuta: _____

Es usted el cliente, o padre/tutor? Cliente Padre/tutor

Por favor, valore la capacidad de su terapeuta para:

1. Comprender sus principales preocupaciones:

Excelente Muy bien Bien Regular Deficiente

2. ¿Entenderte a ti y a tu familia?

Excelente Muy bien Bien Regular Deficiente

3. ¿Ayudarte a avanzar hacia tus objetivos?

Excelente Muy bien Bien Regular Deficiente

4. ¿Con que frecuencia revise su plan de tratamiento con su proveedor?

Con frecuencia Ocasionalmente a veces Nunca N/A

5. Con que frecuencia incluía su terapeuta a su familia/apoyos en el tratamiento?

Con frecuencia Ocasionalmente a veces Nunca N/A

6. ¿Cuánto tiempo espero para iniciar los servicios?

Menos de un mes 3-4 meses 5-6 meses 6-8 meses 8+ meses

7. ¿Qué probabilidades hay de que recomiende a FSA a otras personas?

Muy probable Probablemente Neutral Improbable Nada probable

8. Me tratan con respeto por teléfono y en persona: Verdadero Falso

9. El edificio esta ordenado y limpio: Verdadero Falso

10. Por favor proporcione cualquier sugerencia o comentario adicional en relación con su experiencia general con FSA: