Centro Quiropráctico México Condesa

Fecha : _____

Apellido : _____ Nombre : _____

Nuestra misíon es proporcionar a nuestros pacientes el mejor nivel de atención posible.
Nos ayudaria mucho si nos proporciona la información siguiente.

¿Qué cambios ha notado en su condición desde el inicio del cuidado quiropráctico?

_____

¿Cómo podría evaluar la evolución de los síntomas? de 1 a 10

0 5 10

Ningún cambio — Condición eliminada

Describa cualquier nueva condición que haya evolucionado desde el inicio del tratamiento :

_____

¿Cómo podría describir su progreso?

Progresó a la velocidad que esperaba ☐ Tardó mas tiempo de lo que esperaba ☐ Sucedió más rápidamente de lo que esperaba ☐

¿Algo que no entienda a propósito de su condición o tratamiento?

_____

SOBRE EL PERSONAL DEL CENTRO Y PROCESOS

Cómo podría evaluar la atención proporcionada por el equipo : de 1 a 10

0 5 10

Desinteresado — Muy pendiente

Cómo podría evaluar el entrenamiento y habilidad del equipo : de 1 a 10

0 5 10

Desorganizado, mal preparado — Eficiente y muy calificado

¿Qué le gusta más de nuestro centro? _____

Alguna vez tuvo dificultad para reservar una consulta con nosotros : Si ☐ No ☐

El tiempo de espera para ver al doctor es aceptable : Si ☐ No ☐

¿Tiene sugerencias para mejorar la calidad de nuestra atención? _____

Soporte y Recomendaciones

Recomendé a familia o amigos el centro quiropráctico ☐

Yo podría recomendar a familia o amigos el centro quiropráctico ☐

No voy a recomendar ni a mi familia ni a los amigos el centro quiropráctico ☐

Nuestro centro esta basado en sus recomendaciones.
Si conoce alguna persona que le beneficiaría recibir información de nosotros, lo puede escribir aquí :

_____ _____