



Encuesta de Satisfacción del Cliente

Nombre del Cliente: _____ Fecha: _____

Nombre del Personal Asignado: _____

Persona Completando el Documento: _____

Relación con el Cliente: _____

	No Aplica	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
Los servicios se iniciaron lo más rápido posible.					
Los servicios fueron proporcionados de manera consistente y regular.					
El personal asignado respondió a mis llamadas rápidamente.					
El personal asignado fue de apoyo para mí y/o mi hijo(a).					
Mi hijo(a) y/o mi persona nos sentimos cómodos con el personal asignado.					
El personal asignado me ayudó a encontrar servicios que mi hijo(a) y/o mi persona necesitábamos.					
Los servicios que yo y/o mi hijo(a) recibimos fueron de ayuda.					
Mi hijo(a) y/o mi persona nos sentimos mejor luego de recibir estos servicios.					
Mi calidad de vida y/o la calidad de vida de mi hijo(a) ha mejorado como resultado de estos servicios.					
Yo me siento satisfecho(a) con los servicios recibidos.					
Yo recomendaría al personal asignado a cualquier persona que necesite este tipo de servicios.					
Yo recomendaría esta agencia a cualquier persona que necesite este tipo de servicios.					

Comentarios adicionales que usted quiera compartir respecto al personal o a los servicios prestados:

Por favor enviar a:
 Hispanic Family Counseling, Inc.
 6900 S. Orange Blossom Trail, Suite 402 Orlando, FL 32809
 FAX: (407) 964-1274
 SCAN: referrals@hisfapam.com
 O haga entrega del document a su terapeuta en un sobre sellado.