

SERVICIOS DE APOYO A FAMILIAS (FSS) - ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
Actualizada el 20/4/22

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA: DEBE SER COMPLETADO POR EL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA

Agencia que presta el servicio:	Condado:
Personal responsable del servicio:	
Servicio(s) prestado(s):	
Descripción del servicio/año del programa:	

Por favor, indique cómo calificaría en general el programa de FSS/servicio antes mencionado. Por favor, marque las casillas que correspondan.

1. ¿Cómo calificaría la calidad general de los programas/servicios?
 Excelente Muy buena Buena Regular Mala
2. ¿Cumplieron los programas/servicios con sus necesidades/metas?
 Sí No
3. ¿Cómo calificaría la eficiencia del personal del programa?
 Excelente Muy buena Buena Regular Mala
4. ¿Sabe con qué persona de la agencia debe comunicarse si tiene preguntas o inquietudes?
 Sí No
5. ¿Respondió el personal las preguntas e inquietudes que usted ha planteado sobre los programas/servicios?
 Siempre/normalmente A veces Casi nunca/nunca No corresponde
6. ¿Cuáles son los aspectos positivos del programa/servicio? Seleccione todas las opciones que correspondan.
 Facilidad de la solicitud
 Puntualidad en los plazos de los servicios
 Calidad de la gestión en el programa
 Personal adecuadamente capacitado y capaz de atender las necesidades de los miembros de la familia
 Atención del personal a las necesidades de los miembros de mi familia
 Higiene del programa
 Buena comunicación

- Puntualidad para atender las consultas, preguntas, inquietudes, reembolsos, etc.
 - El programa fue una buena opción para mi familia
 - Número adecuado de personal
 - Calidad del programa en sí
 - Horario/ubicación de los servicios (acceso a los servicios)
 - Otro
-
-

7. ¿De qué maneras se pueden mejorar los programas/servicios? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Facilidad de la solicitud
 - Puntualidad en los plazos de los servicios
 - Calidad de la gestión en el programa
 - Personal adecuadamente capacitado y capaz de atender las necesidades de los miembros de la familia
 - Atención del personal a las necesidades de los miembros de mi familia
 - Higiene del programa
 - Buena comunicación
 - Puntualidad para atender las consultas, preguntas, inquietudes, reembolsos, etc.
 - El programa fue una buena opción para mi familia
 - Número adecuado de personal
 - Calidad del programa en sí
 - Horario/ubicación de los servicios (acceso a los servicios)
 - Otro
-
-

8. Por favor, proporcione cualquier comentario adicional sobre los programas/servicios (opcional):
