

Encuesta de Satisfacción Para el Paciente

Por favor tome un momento para responder algunas preguntas acerca de su experiencia con nuestro programa de asistencia para medicamentos (Conocido en Ingles como MAP). Queremos proveerle el mejor servicio posible y queremos que nos diga si lo estamos haciendo bien.

¡Gracias por sus comentarios y sugerencias!

Por favor responda a lo mejor de su entendimiento:

	YES	NO
La asistente en medicamentos que administra mi caso (MAC) me trata con respeto y cortesía		
Mi (MAC) me escucha y responde todas mis preguntas		
Puedo tener acceso gratis todos los medicamentos que necesito		
Si no puedo obtener el medicamento gratis, mi MAC me ayuda a encontrar el mejor precio disponible		
Puedo resurtir mis medicamentos antes que se me terminen		
Es fácil recoger mis medicamentos cuando estos llegan		
Sé cómo tomar mis medicamentos		
Puedo hablar con alguien en la clínica que contesta mis preguntas		
Mi salud ha mejorado desde que recibo mis medicamentos a través de este programa		
No he necesitado ir al hospital de emergencia para mi enfermedad desde que obtengo mis medicamentos a través de este programa.		
Antes de recibir medicamentos a través de este programa, no me era posible tomar mis medicamentos como los recetaba el doctor por que no podía pagarlos		
¿Usted recomendaría el programa MAP a otras personas?		

Por favor comparta cualquier comentario o sugerencia:

¿En general, cómo calificaría su experiencia con MAP?

Excelente Muy Buena Buena Moderada Insuficiente

¿Cómo se enteró de MAP? Su doctor Farmacéutico Folleto Referido
 Otra Agencia Amigos y Familiares Iglesia Otro _____

¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar esta encuesta!