

NOMBRE DEL FAMILIAR:	PARENTESCO:	Fecha:
NOMBRE DEL RESIDENTE DEL FAMILIAR:		

Le rogamos cumplimente el siguiente cuestionario para que a partir de sus opiniones podamos seguir mejorando nuestro servicio. Valore usted cómo le parece que el personal del centro realiza cada actividad y márkelo en la casilla VALORACIÓN.

Gracias por su colaboración.

### CUESTIONES

Nº	CUESTIÓN	5	4	3	2	1
		Muy Bien / Muy Buena	Bien / Buena	Normal	Regular	Mal/a
1	¿Cómo considera que su familiar está atendido en general?					
2	¿Cómo valora el aseo personal de su familiar?					
3	¿Como valora la atención médica que recibe su familiar?					
4	¿Como valora el trabajo general del personal del centro?					
5	¿Cómo valora las instalaciones del centro?					
6	El centro reúne las condiciones de higiene y limpieza:					
7	¿Cómo ve usted que su familiar valora el apartado de las comidas en cuanto a calidad y cantidad?					
8	¿Cómo valoraría la actitud o disposición del personal para atenderle? :					
	Enfermeros/as					
	Auxiliares					
	Trabajadora Social					
	Fisioterapeuta					
	Terapeuta Ocupacional					
	Recepción					
9	¿Cree Ud que las personas que atendemos a su familiar lo hacemos con educación, cariño y eficacia?					
10	¿Cómo valora el régimen de visitas?					
11	¿Cómo valora la convivencia entre usted como familiar, y el personal del centro?					
12	¿Se encuentra usted satisfecho/a con la evolución experimentada por su familiar?					

13. ¿Qué es lo que más le gusta de la residencia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. ¿Qué es lo que menos le gusta de la residencia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_