

NOMBRE DEL RESIDENTE:

Fecha:

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	Como usuario de este centro, considera que la comida que le ofrecemos es:					
2	El centro reúne las condiciones de higiene y limpieza:					
3	El personal que le sirve la comida le atiende de manera:					
4	Respecto a la asistencia sanitaria, ¿cómo se considera atendido por enfermería?					
5	¿Cómo le parece el trabajo que desarrolla con el Fisioterapeuta?					
6	¿Cómo le parece que se desarrollan las actividades de Terapia Ocupacional (talleres, actividades de animación, salidas fuera del centro,...)?					
7	¿Como valora su ingreso y acogida en el centro durante los primeros días?					
8	¿Cómo cree que le atienden las auxiliares en el trato personal?					
9	¿Cómo considera el servicio de lavandería y plancha de la ropa?					
10	¿Cómo considera usted el sistema de visitas de sus familiares y amigos en cuanto a horarios, espacios de que dispone para estar con ellos, libertad para entrar y salir de la residencia, etc.?					
11	¿Se siente querido y respetado por los trabajadores del centro?					
12	¿Cree usted que las personas que le atendemos los hacemos con educación, cariño y eficacia?					
13	La calefacción y el aire acondicionado, ¿ha funcionado de forma que se ha sentido usted a gusto con la temperatura a lo largo del día en las diferentes épocas del año?					
14	Sinceramente ¿Esta usted satisfecho con este centro?					

15. Si tuviera que mejorar algo en el centro ¿qué haría? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Si cree que podemos hacer algo mas por usted, díganoslo por favor

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_