



Fecha Complewd: _____

Encuesta de Satisfacción

Lo que usted piense del programa de MomCare es importante para nosotros. Par favor tome un momento para responder esta encuesta para ayudarnos a mejorar nuestro servicios.

Por favor llene una respuesta para cada pregunta.

	Si	No	No Aplica
1. ¿Cuándo le dieron información sobre el programa de MomCare fue tratada con respeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le explicaron el programa de MomCare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Entendió la explicación del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Fue amigable y útil la persona que la contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Recibió respuestas satisfactorias para sus preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Recibió información sobre a quién contactar para seleccionar un plan de atención medica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se ha inscrito en un plan de atención médica antes de que el programa de MomCare la contactara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ya había seleccionado un médico o partera antes de que el programa de MomCare la contactara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Le explicaron el programa de Comienzo Saludable (Healthy Start)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Le explicaron el programa de WIC (Women, Infant, and Children's Nutrition)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Fue útil para usted el programa de MomCare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Qué más deberíamos incluir para serle más útil? Responda abajo:			

13. Por favor use de esta para comentarios o sugerencias adicionales.