



Patient Satisfaction Survey *Encuestas de Pacientes*

Metropolitan Family Health Network (MFHN) cares for you – your opinion counts! Please take a few moments to complete this survey. You need not sign your name. Once completed, place this survey in the box as you leave the center. Thank you.

Usted es muy importante para Metropolitan Family Health Network (MFHN). Por favor tome un momento para completar este estudio. Su opinión nos interesa. No es necesario firmar su nombre. Después de completar ésta forma depósitela en la caja disponible en la recepción. Gracias.

Name of Doctor/Provider / Nombre del doctor: _____

Age of Patient: 0-18 years 19-25 years 26-40 years 41-65 years 65-74 years 75 and older

How many times have you visited MFHN in the last 12 months?

Cuántas veces ha visitado las oficinas de MFHN durante los últimos 12 meses?

- Never Visited 1 – 2 times 3 – 4 times 5 or more times
Nunca ha visitado 1 – 2 veces 3 – 4 veces 5 o más veces

Please check the department and location of your visit today:

Por favor identificar el departamento y al local donde recibió el servicio.

- 935 Garfield Avenue 5300 Bergenline Avenue 857 Bergen Avenue
 Jersey City, NJ 07304 West New York, NJ 07093 Jersey City, NJ 07306
- Adult Medicine / *Medicina para Adultos* Pediatrics / *Pediatría*
 Pediatrics / *Pediatría* Gynecology *Ginecología*
 Obstetrics & Gynecology / *Obstetricia y Ginecología* Dental/*Dentista*

Please rate:

Por favor evaluar:

	Excellent <i>Excelente</i>	Good <i>Bueno</i>	Fair <i>Regular</i>	Poor <i>Pobre</i>	N/A <i>No Aplica</i>
1. Your ability to make appointments <i>La facilidad de obtener citas</i>					
2. Ability to contact MFHN after hours by dialing on-call physician toll free at 800-937-9793. <i>Facilidad de contactarse con MFHN después de horas regulares al número gratis 800-937-9793.</i>					
3. Waiting time during scheduled appointment <i>Tiempo de espera con su cita</i>					
4. Personal concern of your provider <i>Debida atención de su médico</i>					
5. Cleanliness of/Limpieza de la: Waiting room / <i>Sala de Espera</i>					
6. Examination room / <i>Cuarto de tratamiento</i>					
7. Restroom / <i>Baños</i>					
8. Were you asked if you had pain? (circle one) Yes No <i>¿Su dolor fue atendido? (conteste sí ó no)</i> Si No					
9. Did you understand the pain management instruction provided? (circle one) <i>¿Entendió usted la instrucción proveída sobre cómo manejar su dolor (conteste sí ó no)</i> Si No					
10. Were you given instructions on your new medication? (circle one) Yes No <i>¿Recibió instrucciones a cerca de su más reciente medicina? (conteste sí ó no)</i> Si No					

	Excellent <i>Excelente</i>	Good <i>Bueno</i>	Fair <i>Regular</i>	Poor <i>Pobre</i>	N/A <i>No Aplica</i>
11. Ability to obtain shot records, lab results, referrals <i>Abilidad de obtener las vacunas, los resultados de laboratorio, capacidad de ser referido a los especialistas despues de la evaluación de su doctor primario</i>					
12. Do we return your call on the next business day when the office is closed? (evenings or week-ends) <i>¿Le retornamos su llamada un dia despues de nuestro horario regular? (noche ó fin de semana)</i>					
13. Was the staff courteous and helpful? <i>¿Fueron cortés y útiles los empleados? front desk / la receptionista</i>					
14. patient care technician / <i>los técnicos médicos</i>					
15. registered nurse / <i>las enfermeras</i>					
16. provider / <i>los medicos</i>					
17. Was the staff in the lab helpful and polite? <i>¿Fueron cortés los empleados del laboratorio?</i>					
18. Are you satisfied with our billing and collection process and staff? <i>¿Está usted satisfecho con el personal y el sistema de pago de cuentas?</i>					
19. Did you see a Social Worker? (circle one) Yes No <i>¿Vió a un trabajador social? (conteste sí ó no)</i> Si No					
20. How well did the Social Worker address all of your needs and concerns? <i>¿Cómo fueron atendidas sus necesidades por el/la trabajador(a) social?</i>					
21. Did you see a Nutritionist? (circle one) Yes No <i>¿Usted vió a una Nutritionista? (conteste sí ó no)</i> Si No					
22. How well were your nutritional concerns addressed? <i>¿Cómo fueron atendidas sus necesidades por Nutritionista?</i>					
23. Do you feel safe at MFHN? <i>¿Usted se siente seguro/a en MFHN?</i>					
24. How would you rank the quality of care, treatment and services at MFHN? <i>¿Cómo usted clasificaría la calidad de cuidados, tratamientos y servicios recibidos en MFHN?</i>					
25. Overall medical care <i>El cuidado médico en general</i>					
26. Will you recommend MFHN to others? <i>¿Recomendaría MFHN a otras personas?</i>					

Comments/Recommendations: / *Comentarios/Recomendaciones:*

Name (Optional) _____
Nombre

Telephone # (Optional) _____
Teléfono

Thank you for completing this questionnaire.
The results will help us evaluate the quality of the medical care provided to you.

*Los resultados nos ayudarán a evaluar la calidad del tratamiento médico ofrecido a usted.
Gracias por responder a éste cuestionario.*