



## Cuestionario de Servicio al Cliente

Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Valoramos sus comentarios. Esta encuesta es voluntaria y sus respuestas no incluirán su nombre ni información de contacto. La información que proporcione ayudará a nuestra agencia a mejorar nuestros servicios.

Por favor complete esta encuesta, colóquela en el sobre, ciérrelo y envíelo por correo directamente a:  
Department of Public Health, Office of Women’s Health 1000 S. Fremont Avenue, Bldg. A-9 East, 5th Floor,  
Mail Unit #105, Alhambra, CA, 91803

**Por favor califique su experiencia en nuestra agencia marcando la casilla (✓ o x).**

	Totalmente en Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecha/o con los servicios que recibí, en general.						
2. Me siento (o senti) segura/o estando lejos de mi pareja mientras que estoy (o estuve) en el refugio.						
3. La configuración y las reglas en el refugio me hacen sentir segura/o.						
4. La habitación que me dieron estaba limpia y segura.						
5. El personal me habla en mi idioma preferido.						
6. El personal me apoyo para alcanzar mis metas.						
7. El personal me apoyo para poder tomar mis propias decisiones.						
8. El personal me escucho con respeto y me tomo en serio.						
9. El personal respeto mis derechos civiles (por ejemplo: raza/grupo étnico, orientación sexual y/o prácticas religiosas, etc.).						
10. Las referencias para otros servicios que recibí fueron apropiadas.						

Si tiene preguntas o comentarios sobre esta encuesta, comuníquese con el Condado de Los Ángeles, Departamento de Salud Pública Oficina de Salud de la Mujer en **(626) 293-2607**.



	Totalmente en Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	No Aplica
11. Ahora se los pasos que tomare para proteger mi seguridad.						
12. Ahora sé que debo hacer para recibir servicios legales por violencia doméstica.						
13. El personal fue amable y acogedor conmigo y con mi hijo(s).						
14. El personal escucho y trato a mi(s) hijo(s) con respeto.						
15. El personal brindo apoyo a mi(s) hijo(s) para ayudar con su recuperación.						
16. Tengo más conocimiento sobre cómo reaccionan los niños a la violencia doméstica.						
17. Conozco más formas de apoyar la recuperación de mi(s) hijo(s).						

18. ¿Esta/o estuvo su(s) hijo(s) en el refugio con usted? Si \_\_\_\_ ¿cuántos niños? \_\_\_\_ No \_\_\_\_

19. ¿Cuánto tiempo ha sido residente del refugio durante esta estadía? \_\_\_\_\_

20. ¿Se ha alojado en un refugio de violencia domestica antes? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

21. ¿Recibió la ayuda que necesitaba en el refugio? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ si su respuesta es no, por favor explique:

---

---

---

22. ¿Como podría mejorar nuestro programa? Por favor explique:

---

---

---

Si tiene preguntas o comentarios sobre esta encuesta, comuníquese con el Condado de Los Ángeles, Departamento de Salud Pública Oficina de Salud de la Mujer en **(626) 293-2607**.



**INFORMACION DEMOGRAFICA**

**Marque la casilla (✓ o x) que mejor le describa.**

**Género:** femenino masculino transgénero prefiere no contestar otro: \_\_\_\_\_

**Edad:** 18-24 25-44 44-64 65+ prefiere no contestar otro: \_\_\_\_\_

**Raza/Grupo étnico:** indio americano o nativo de Alaska asiático negro/decente africano

Hispano o Latino/x Nativo de Hawái o de las Islas del Pacifico negarse a contestar

otro: \_\_\_\_\_

**Orientación sexual:** Heterosexual Bisexual Lesbiana Gay Negarse a contestar

otro: \_\_\_\_\_

**Estado civil:** Soltera/o Casada/o Divorciada/o Separada/o asociación domestica

Negaste a contestar Otro: \_\_\_\_\_