



# 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 y 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. Estoy satisfecha/o con el tiempo que tomo en obtener el servicio que necesitaba.						
3. Estoy satisfecha/o con el horario de oficina y la cita que me dieron.						
4. Estoy satisfecha/o con la ubicación de la oficina donde recibí los servicios.						
5. El personal me habla en mi idioma preferido.						
6. Cuando llame a la agencia, alguien respondió de manera oportuna.						
7. El personal me escucho con respeto y me tomo en serio.						
8. El personal me apoyo para poder tomar mis propias decisiones.						

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.

**FOR CONTRACTOR USE ONLY:** Please complete this section and keep a copy in the client file for monitoring purposes. Date \_\_\_\_\_ I (staff name), \_\_\_\_\_ gave this survey and stamped self-addressed envelope to (client file number), \_\_\_\_\_ with instructions to complete and mail to DPH within 90 days of the initial intake and discharge.



	Totalmente en Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	No Aplica
9. Las referencias para otros servicios que recibí fueron apropiadas.						
10. Ahora sé los pasos que tomare para proteger mi seguridad.						
11. Ahora sé que debo hacer para recibir servicios legales por violencia doméstica.						

12. ¿Recibio la ayuda que usted necesitaba? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ si su respuesta es no, por favor explique:

---



---



---

13. ¿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**.

**FOR CONTRACTOR USE ONLY:** Please complete this section and keep a copy in the client file for monitoring purposes. Date \_\_\_\_\_ I (staff name), \_\_\_\_\_ gave this survey and stamped self-addressed envelope to (client file number), \_\_\_\_\_ with instructions to complete and mail to DPH within 90 days of the initial intake and discharge.