

**Marque con un circulo sus respuestas a las oraciones indicadas en relación a los Días de Diabetes del Departamento de Salud de Polk County**

- |  |           |             |          |               |           |
|--|-----------|-------------|----------|---------------|-----------|
| 1. El tiempo de espera antes y entre mis citas.....  | Pobre.... | Adecuado... | Bueno... | Muy Bueno.... | Excelente |
| 2. La ayuda ofrecida por el equipo de salud .....  | Pobre.... | Adecuado... | Bueno... | Muy Bueno.... | Excelente |
| 3. Que tan bien el equipo de salud respondió a mis preguntas.....                          | Pobre.... | Adecuado... | Bueno... | Muy Bueno.... | Excelente |
| 4. Los esfuerzos del equipo de salud para ayudarme a mejorar mi salud o estar saludable... | Pobre.... | Adecuado... | Bueno... | Muy Bueno.... | Excelente |
| 5. La cortesía y respeto mostrado hacia mí por el equipo de salud.....                     | Pobre.... | Adecuado... | Bueno... | Muy Bueno.... | Excelente |
| 6. La claridad de la información que recibí por el equipo de salud.....                    | Pobre.... | Adecuado... | Bueno... | Muy Bueno.... | Excelente |
| 7. La oportunidad de hacer preguntas al equipo de salud .....                              | Pobre.... | Adecuado... | Bueno... | Muy Bueno.... | Excelente |
| 8. La habilidad del equipo de salud para enseñarme algo nuevo acerca de mi diabetes...     | Pobre.... | Adecuado... | Bueno... | Muy Bueno.... | Excelente |
| 9. La calidad en general del cuidado de mi diabetes .....                                  | Pobre.... | Adecuado... | Bueno... | Muy Bueno.... | Excelente |
| 10. Como compararía este tipo de visita comparado con mi cita regular para la diabetes...  | Pobre.... | Adecuado... | Bueno... | Muy Bueno.... | Excelente |

Otros comentarios:

---



---



---



---



---