

**CENTRO SALUD DE LARES, INC.
DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

CUESTIONARIO SOBRE LA OPINION DEL USUARIO

SEXO: F ___ M ___ EDAD: ___ ESTADO CIVIL (S, C, V, D)

Es nuestro deber brindarles a nuestros pacientes el servicio de calidad que requieren. Le pedimos su cooperación, llenando el cuestionario a continuación. Le agradecemos cualquier sugerencia que nos pueda hacer para mejorar nuestro servicio.

CRITERIO	FIRMEMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
1. El tiempo que tardan en atenderle es razonable.				
2. El personal le atendió con cortesía y respeto.				
3. Los medicamentos prescritos están siempre disponibles.				
4. Se le explican adecuadamente las instrucciones para utilizar sus medicamentos.				
5. Las facilidades físicas son adecuadas.				

SUGERENCIAS:

FECHA: _____