

Encuesta Del Paciente

Gracias Por Escoger



**J. Richard Lilly, M.D. A,B.F.P.
And Associates, P.C.**

La administración de J. Richard Lilly, M.D. & Asociados está comprometido a excelencia y quisiera oír de usted. Por favor califique su visita y contáctenos por: correo o deja esta encuesta en la recepción.

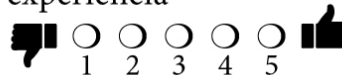
MEDIO AMBIENTE Excelente Aceptable Malo
DE LA OFICINA

Área de Parqueo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aseo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CALIDAD DE SERVICIO

Médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistente Médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recepcionista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiempo de espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor calificar en totalidad experiencia



EMPLEADOS O MÉDICOS QUE MERECEAN
RECONOCIMIENTO: _____

Comentarios/Sugerencias: _____

Por favor seleccione con un círculo al médico que lo atendió:

Dr. Lilly	N.P. Floyd	N.P. Vebangsi
Dr. Flores	N.P. Mancho	N.P. Wiggins
Dr. Sindass	N.P. Njoku	
Dr. Steria	N.P. Occenad	
Dr. Towns	N.P. Townsend	

Nombre: (opcional) _____

Teléfono/Regreso de llamada: _____

Fecha de Visita: _____

Local de Oficina: _____

Podamos poner su encuesta en línea? Yes No