



Por favor tome unos minutos para decirnos cómo podemos satisfacer mejor las necesidades de nuestro paciente.

¿Dónde obtiene su (s) medicamento (s) **oncológico**? Farmacia en la oficina médica Por correo

¿Está obligado a usar una farmacia de pedido por correo para cualquiera de sus medicamentos?

Sí No No lo sé

En caso afirmativo, explique por qué _____

Por favor califique las siguientes áreas para el tipo de farmacia seleccionado arriba:

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Neutral	Satisfecho	Muy Satisfecho	No lo Sé
Comodidad de recibir recetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo para recibir recetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su interacción con el personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfacción general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿La farmacia le ha ayudado con su pago / asistencia de una fundación?

Sí No No lo sé

En caso afirmativo, ¿qué tan satisfecho está con la asistencia que recibió?

Muy Insatisfecho Insatisfecho Neutral Satisfecho Muy Satisfecho

¿Dónde prefiere surtir sus medicamentos oncológicos?

Farmacia en el consultorio médico Por correo No tengo preferencia

Puede agregar comentarios o explicaciones adicionales a la (s) pregunta (s) anterior (es). _____

Género: Hembra Masculino

Código postal _____

Fecha _____