<Su nombre del centro de oncología>

< Calle > < Ciudad, Estado, Código Postal > **Fecha:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

***Encuesta Satisfacción del Paciente***

**Tómese unos minutos para ayudarnos a satisfacer mejor sus necesidades.**

1. **¿Dónde obtiene su(s) medicamento(s) oncológico(s)?**

❑ [Su nombre de la farmacia] ❑ Farmacia de pedido por correo ❑ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - 1. **Por favor proporcione realimentación sobre dónde obtiene su(s) medicamento(s) de oncología oral(es):**

Muy Satisfecho

No Aplica o   
No Sabe

Muy Insatisfecho

Insatisfecho

Satisfecho

Neutral

**i.** Comodidad de recibir ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑recetas

**ii.** Cantidad de tiempo para ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑

obtener recetas

**iii.** Asistencia de una ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑

fundación/servicio copago  
de la farmacia

**iv.** Asesoramiento clínico ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑

(la respuesta de preguntas/  
educación proporcionada)

**v.** La comunicación del ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑  
personal de farmacia

**vi.** La profesionalidad ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑

del personal de farmacia

**vii.** La satisfacción total ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑

1. **¿Dónde prefiere obtener su(s) medicamento(s) oncológico(s)?**

❑ [Su nombre de la farmacia] ❑ Farmacia de pedido por correo ❑ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ No tiene preferencia

1. **¿Alguna vez ha utilizado una farmacia de pedidos por correo para alguno de sus medicamentos (oncológico(s) o no oncológico(s))?**

❑ Sí ❑ No ❑ No sabe

* 1. **Si sí, por favor proporcione realimentación su satisfacción total con la farmacia de pedidos por correo:**

❑ Muy Satisfecho ❑ Satisfecho ❑ Neutral ❑ Insatisfecho ❑ Muy Insatisfecho

1. **Puede agregar comentarios o explicaciones adicionales a la(s) pregunta(s) anteriores(s):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_