

PLANILLA DE ESTUDIO DE GRADO DE SATISFACCIÓN KINESIOLÓGICA

Apellido y Nombre:
Edad:
Obra Social:
Dirección:
Teléfono:
N° Abono:
Fecha:
Trabajadora Social:
Prov./Capital:
Plan:

- 1- Cuando solicitó el turno, se lo dieron de inmediato? SI..... NO.....
- 2-Cuánto demoró en iniciar tratamiento?días
- 3- Si tardó más de una semana indicar el motivo:.....
- 4- En general concurría Ud. en el horario previsto? SI..... NO..... ANTES..... TARDE....
- 5- Generalmente cuanto aguardaba hasta ser atendido? 5 a 15 minutos.....
16 a 30 minutos.....
31 a 60 minutos.....
Más de 1 hora
- 6- La espera fue? Tolerable displacentera.....
- 7- Cómo le impresionó la sala de espera?.....
- 8- Qué Kinesiólogos/as lo atendieron?.....
- 9- Le aplicaron aparatos? SI..... NO..... Cuántos?.....
- 10-Le hicieron masajes? SI..... NO.....
- 11-Realizó ejercicios? SI..... NO.....
- 12-Le hicieron o aplicaron alguna otra terapia sin aparatos? SI..... NO.....
- 13-Cual fue la duración aproximada de cada sesión? (en minutos)
- 14-Cuál fue el diagnóstico o motivo del tratamiento?.....
-
- 15- Cuántas fueron las sesiones indicadas por su médico?
- 16- Cuándo firmaba la sesión? Antes de la misma..... Al final..... Todas juntas al principio.....
- 17- Cómo eran los consultorios?.....
-
- 18- Sintió privacidad en el lugar de atención?.....
-
- 19- Se sintió escuchado por el o los profesional/es?.....
-
- 20- Fue atendida como Ud. esperaba?: SI..... NO..... Por qué?.....
-
- 21- Las sesiones recibidas fueron la misma cantidad que las indicadas? SI..... NO..... En caso negativo cuáles fueron las razones:.....
- 22- Debió continuar el tratamiento mas sesiones? SI..... NO..... En caso afirmativo, cuál fue la razón:
a) Me hacían bien..... b) Me aliviaba el dolor..... c) me sentía con más movilidad.....
d) Me quedaba cerca de mi casa..... e) Fue el único tratamiento que me hizo bien.....
f) Lo prefería a los remedios..... g) me lo indicó el médico..... h) me lo sugirió el kinesiólogo.....
i) Otras.....
- 23- Completó el número de sesiones indicadas? SI..... NO.....
- 24- En caso negativo Por qué?.....
-
- 25- El resultado del tratamiento, fue el esperado por usted? SI..... NO.....
- 26- Como calificaría Ud. los resultados de su tratamiento: MS..... S..... PS.... I.....

- 27- Al iniciar el tratamiento, ¿tenía Ud. dolores? SI..... NO.....
- 28- Tenía dificultades de movimiento? : SI..... NO.....
- 29- Tenía otro síntoma? SI..... NO.....Cual/es?.....
- 30- Continúa el tratamiento actualmente? SI..... NO.....
- 31- Cedieron los dolores? Totalmente..... Mucho..... Poco..... Nada.....
- 32- Mejoró la movilidad? Totalmente..... Mucho..... Poco..... Nada.....
- 33- Pagó algún coseguro? SI.... NO.... En COMI..... En el consultorio..... Cuánto? \$.....
- 34- Como calificaría la atención del kinesiólogo? MS..... S..... PS..... I.....
Y de los otros kinesiólogos?
- 35- Por qué eligió ese consultorio?.....
.....
.....
- 36- Quien contestó la encuesta?.....
- 37- Observaciones.....
.....
.....
.....
- Firma del paciente (optativa)..... Firma del encuestador (obligatoria).....