

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Provider Name: _____

Triple P Level & Type: _____

Nombre del padre: _____

Fecha de hoy: _____

Relación al niño: _____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario nos ayudará a evaluar y continuar mejorando el programa que ofrecemos. Estamos interesados en sus opiniones honestas sobre los servicios que recibió, ya sea que hayan sido positivos o negativos. Por favor responda todas las preguntas. Por favor encierre en un círculo la respuesta que mejor describa como se siente.

1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio de Triple P que usted y su hijo recibieron?

1	2	3	4	5	6	7
Malo		Regular		Bueno		Excelente

2. ¿Le ayudó el programa de Triple P a tratar más efectivamente el comportamiento del niño?

1	2	3	4	5	6	7
No, dejó cosas peor		No ayudó mucho		Si, ayudó un poco		Si, ayudó mucho

3. ¿Le ayudó el programa de Triple P a tratar más efectivamente los problemas que surgen en su familia?

1	2	3	4	5	6	7
No, dejó las cosas peor		No ayudó mucho		Si, ayudó un poco		Si, ayudó mucho

4. ¿Si buscara ayuda de nuevo, ¿regresaría al programa de Triple P?

1	2	3	4	5	6	7
No, definitivamente no		No, creo que no		Sí, creo que sí		Sí, definitivamente

5. ¿En su opinión, ¿cómo es la conducta de su hijo en este momento?

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Peor	Peor	Un poco peor	Igual	Un poco mejor	Mejor	Mucho Mejor

6. ¿Tiene algún otro comentario sobre el programa de Triple P?

Return to: Triple P Mecklenburg
Attn. Cathy Henderson
Southeast Health Department
249 Billingsley Road
Charlotte, NC 28211