JO DAVIESS COUNTY HEALTH DEPARTMENT

9483 US RT 20 WEST • P.O. BOX 316 • GALENA, ILLINOIS 61036
(815) 777-0263 • 1 (877) 777-0263

CONSUMER SATISFACTION SURVEY

As a consumer of our public health services, you may have formed some opinions about their quality. We would appreciate you completing the questionnaire below. Please leave it at the registration desk. Thank you for your time and suggestions.

DATE:_____

What type of public health services did you receive? (Please check services used)

_____ **Family Case Management**

_____ **Family Planning Program**

_____ **Hypertension/Cholesterol Screening**

X **Immunizations (Childhood)**

_____ **Immunizations (Adult)**

_____ **International Travel**

_____ **TB Skin Testing**

_____ **Women, Infant, and Children (WIC)**

CLIENT QUESTIONNAIRE

	Excellent	Satisfactory	Poor	Unable to Decide
Timeliness in service				
Telephone courtesy by the office Staff				
Care given by Staff				
Teaching rendered to you and your family				
Overall Service				

Have you recommended the service? Yes _____ No _____

Would you recommend the service? Yes _____ No _____

Additional comments_____

_____

JO DAVIESS COUNTY HEALTH DEPARTMENT

9483 US RT 20 WEST • P.O. BOX 316 • GALENA, ILLINOIS 61036
(815) 777-0263 • 1 (877) 777-0263

Una encuesta de Satisfacción del/de la Consumidor(ra)

Como consumidor/consumidora de nuestros servicios públicos de la salud, es possible que usted haya formado unas opiniones sobre nuestra calidad Por favor, llene usted el formulario que sigue. Muchas gracias por su atención y sus sugerencias. Usted puede darle la encuesta a la secretaria o a la enfermera.

La fecha de hoy:_____

¿ Qué clase de servicios recibió usted?

_____ **Dirección de la Familia**

_____ **Planificación Familiar**

_____ **Prueba de la hipertension/del colesterol**

X **Inmunizaciones para niños**

_____ **Inmunizaciones para los adultos**

_____ **Viaje Internacional**

_____ **Prueba de la tuberculina**

_____ **Mujeres, Infantes, y Niños (WIC)**

El Cuestionario para el/la cliente

	Excelente	Satisfactorio	Malo	No puedo decidir
La oportunidad de nuestro servicio				
La cortesía por teléfono de nuestro personal				
La asistencia médica dada por nuestros empleados				
La enseñanza que ud. ha recibido				
Nuestro servicio total				

¿ Ha recomendado nuestro servicio? Sí _____ No _____

¿ Les recomendaría nuestro servicio a otros: Sí _____ No _____

Comentario adicional:_____

_____