

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SERVICIO EXTERNO DE APOYO PSICOLÓGICO
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN INTERNA DEL SERVICIO

FECHA: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL ENTREVISTADO: _____
NOMBRE DEL TERAPEUTA: _____

I. A través de esta vía solicitamos su colaboración para realizar una breve evaluación acerca del servicio psicológico que recibió en nuestra institución. Nos interesa saber su opinión acerca de la calidad de nuestro servicio. Para calificarlo le pedimos conteste de la siguiente manera, según su parecer:

E= Excelente B= Bueno R=Regular M=Malo

De acuerdo a este criterio cómo califica:

- El trabajo terapéutico ()
- La puntualidad de la sesiones ()
- La atención recibida de nuestro personal ()
- Las instalaciones ()

II. Le pedimos conteste, según su parecer, las siguientes preguntas:

1. ¿Considera que se resolvió el motivo de consulta? SI () NO ()
 ¿De qué manera?
2. ¿Qué fue lo que más le agradó?
3. ¿Qué aspectos podrían mejorar, según su opinión?
4. ¿Hay algún comentario o sugerencia que nos quiera hacer?
5. Del 1 al 10 ¿Qué tan satisfecho se encuentra con el servicio psicológico recibido?

Firma del paciente o del entrevistado

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____