

CENTRO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA (CPC)

FECHA:

DIA:

MES:

AÑO:

NOMBRE CONSULTANTE
O ACUDIENTE(Para
Menor de Edad):

No. HISTORIA CLÍNICA:

NOMBRE TERAPEUTA:

SERVICIO
SOLICITADO(Marque con
una equis (X) el servicio):

ATENCIÓN
INDIVIDUAL

☐

INTERVENCIÓN
EN CRISIS

☐

ORIENTACIÓN
VOCACIONAL

☐

TERAPIA DE
PAREJA

☐

ATENCIÓN GRUPAL

☐

TERAPIA DE FAMILIA

☐

A continuación encontrará una serie de aspectos relacionados con el servicio que ha recibido en el Centro de Psicología Clínica (CPC). Por favor, indique la evaluación que hace de cada uno de estos aspectos marcando con una equis ("x") la casilla que refleje su opinión. Por favor, responda con toda libertad y objetividad a cada aspecto calificándolo entre 1: muy deficiente y 5: Excelente.

Responda a todas las afirmaciones. Esta información es confidencial y será utilizada para mejorar la calidad de los servicios prestados:

ASPECTO A EVALUAR		5: Excelente	4: Bueno	3: Regular	2: Deficiente	1: Muy deficiente
1	El tiempo de espera entre la solicitud del servicio y la asignación de la primera cita					
2	La claridad con la que su terapeuta le informó sobre sus derechos y deberes como paciente					
3	La claridad con la que su terapeuta le informó sobre las actividades que se iban a realizar en cada consulta					
4	La actitud de su terapeuta: amabilidad, capacidad de escucha, su capacidad para generarle confianza					
5	El nivel de conocimientos del terapeuta: mostró dominio de las actividades y temas que trató en sesión					
6	La claridad de las explicaciones de su terapeuta sobre las problemáticas por las que buscó ayuda					
7	El cumplimiento de su terapeuta con los compromisos establecidos con usted: puntualidad y cumplimiento de las citas programadas, temas a tratar en sesión ,etc.					
8	El nivel de satisfacción con la atención psicológica que ha recibido hasta el momento					
9	La calidad de la atención recibida en la recepción del CPC (cordialidad, claridad, etc.).					
10	Las condiciones del consultorio donde ha recibido la atención psicológica (tamaño, iluminación, ventilación, aseo, etc.).					
11	Las condiciones de iluminación, ventilación y aseo de los diferentes espacios del CPC por los que usted ha estado (pasillos, sala de espera, baños)					
12	El servicio telefónico del CPC cuando usted realizó la llamada para algún servicio (solicitud de información, reprogramación de citas, comunicación con su terapeuta, etc.).					
13	El servicio telefónico del CPC cuando algún funcionario del Centro le llamó a usted (cordialidad, claridad de la información solicitada o suministrada, etc.).					
14	Sistema de pago de consultas: claridad, comodidad y rapidez de este servicio					
15	El nivel de satisfacción general con los aspectos administrativos del CPC (espacios, funcionarios de la recepción, sistema de pago, servicio telefónico)					

A continuación puede escribir cualquier comentario o sugerencia que tenga sobre el Centro de Psicología Clínica (CPC) para tenerla en cuenta en la evaluación de la calidad del servicio que ofrecemos:

¡Gracias por su colaboración!