

Esta encuesta se responde de forma virtual



## Encuesta de Satisfacción

Del Proceso: Atención Integral al Deportista Federado Priorizado.

Código CCA-FOR-05 ver. 10 / MECA-FOR-09 Ver.6

\*Obligatorio

Nombres y apellidos \*

Tu respuesta

Número de teléfono \*

Tu respuesta

Correo electrónico

Tu respuesta

Selecciona la clínica donde fue atendido \*

Elegir

Selecciona tu FADN \*

Elegir

[Siguiente](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) · [Condiciones del Servicio](#) · [Política de Privacidad](#)

# Esta encuesta se responde de forma virtual

Área de atención \*

- Fisioterapia
- Nutrición
- Psicología
- Medicina
- Fisiología
- Biomecánica
- Odontología
- Traumatología

¿Le atendieron según lo programado en su cita? \*

1 2 3 4 5

Muy malo      Excelente

¿Cómo califica la atención brindada? \*

1 2 3 4 5

Muy mala      Excelente

¿Cómo califica las recomendaciones emitidas por nuestro personal? \*

1 2 3 4 5

Nada valiosas      Muy valiosas

¿Cómo califica las medidas de desinfección implementadas para minimizar el riesgo de contagio de COVID-19? \*

1 2 3 4 5

Nada seguras      Muy seguras

¿Recomendaría a otros deportistas nuestros servicios? \*

1 2 3 4 5

Totalmente en desacuerdo      Totalmente de acuerdo

Déjenos saber si tiene algún comentario que nos permita mejorar. Agradecemos su valioso tiempo en llenar la encuesta.

1