

**CONNECTICUT RIVER VALLEY FARMWORKER HEALTH PROGRAM  
2016 PATIENT SATISFACTION SURVEY**



**YOUR OPINION MATTERS**



1) How do you feel you were treated by outreach staff who visited your camp or home during the past year?  
*Check one below.*

- Poorly ☹️       Okay 😐       Very Well 😊       I was not visited during the past year

Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Do you feel that the information that the outreach staff gave you at your camp or home was helpful and clear?  
*Check one below.*

- Yes       No       I have not received information

If no, please explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) How do you feel you were treated by health center staff during the past year? *Check one below.*

- Poorly ☹️       Okay 😐       Very Well 😊       I have not gone to the clinic in this last year

Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) What health services have you needed in the past year that you had problems obtaining? *Check all that apply.*

- General provider services       Dental care  
 Specialty care       Other (please specify): \_\_\_\_\_  
 Mental health       I haven't had any problems getting services

5) What problems have prevented you from receiving health services in the past year? *Check all that apply.*

- Transportation       Cost of services       Getting permission to leave work  
 Language       Clinic schedule       Child care  
 Other (please specify): \_\_\_\_\_

6) How can we improve our services?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Thank you for taking a moment to complete this survey!**

**CONNECTICUT RIVER VALLEY FARMWORKER HEALTH PROGRAM  
2016 ENCUESTA DE SATISFACIÓN DEL PACIENTE**



**SU OPINIÓN VALE MUCHO**



1) ¿Cómo siente Ud. que ha sido tratado por el personal de nuestro programa que visita el campo o su casa en el último año? *Marque una de las siguientes respuestas.*

- Mal ☹️                       Bien 😐                       Excelente 😊                       No me han visitado en el último año

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) ¿Cree que la información que se le ha dado en el campo o su casa es útil y educativa? *Marque una de las siguientes respuestas.*

- Sí                       No                       No se me ha dado ningún tipo de información

Si responde "no", por favor explique porqué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) ¿Cómo siente Ud. que ha sido tratado a por el personal de la clínica en el último año? *Marque una de las siguientes respuestas.*

- Mal ☹️                       Bien 😐                       Excelente 😊                       No he ido a la clínica en el último año

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) ¿Cuáles servicios de salud ha necesitado usted en el último año y cuales no ha podía obtener? *Seleccione los que aplican.*

- Servicios médicos (doctor)                       Cuidado dental  
 Servicios especializados (especialistas)                       Otros (por favor especifique): \_\_\_\_\_  
 Salud mental                       No he tenido ningún problema en obtener servicios

5) ¿Cuáles problemas ha tenido Ud. en obtener servicios de salud en el último año? *Seleccione los que aplican.*

- Falta de transporte                       Costo del servicio                       No me dieron permiso para faltar al trabajo  
 Idioma                       El horario de la clínica                       Falta de cuidado para niños  
 Otros (por favor especifique): \_\_\_\_\_

6) ¿Cómo podemos mejorar nuestros servicios?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¡Gracias por rellenar esta encuesta!**