

## Cuestionario de Satisfacción del Paciente

Esperamos que se haya beneficiado del programa de Rehabilitación del Centro Arrigan. Los profesionales del Arrigan somos conscientes de nuestra responsabilidad en proveerle una rehabilitación segura y educativa y revisamos constantemente nuestros servicios para asegurarnos de que estamos proporcionando la máxima atención posible a los trabajadores accidentados.

Por favor, denos su opinión sobre el desempeño de nuestro trabajo para que podamos mejorar cualquier cosa que fuera necesaria. Por favor marque la respuesta que considere adecuada y no dude en exponer otras ideas o sugerencias adicionales. Una vez completado el cuestionario, puede enviarlo por correo o por fax de vuelta al centro Chief Judge Robert F. Arrigan Center, 249 Blackstone Boulevard, Providence, RI, 02906, o por fax: (401) 222-3887. Gracias por su participación en nuestra encuesta.

---

1. Mi PRIMERA cita fue programada de manera eficiente y puntual:  
Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

---

5. El personal de Fisioterapia/de Terapia Ocupacional me ayudó a entender mi programa de tratamiento y cómo es aplicable a mi condición:  
Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

---

2. El personal de Admisiones fue amable y sensible a mi situación:  
Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

---

6. El equipo de Fisioterapia / de Terapia Ocupacional trabajó conmigo en cada tratamiento:  
Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

---

3. La enfermera coordinadora encargada de mi cuidado fue accesible y me ayudó a entender los objetivos de mi programa:  
Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

---

7. La Terapia Acuática mejoró mi habilidad de funcionamiento:  
Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

---

4. El plan de reinserción al trabajo y/o el darme de alta fueron coordinados con mi participación:  
Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

---

8. El programa de Rehabilitación al Trabajo me ayudó a entender la mecánica del cuerpo adecuada, las posturas y las técnicas para levantar peso:

Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

---

9. El fisioterapeuta de Rehabilitación al Trabajo fue accesible, me proporcionó instrucción, me explicó el programa y respondió a mis preguntas:

Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

---

10. Se me explicó cómo los ejercicios del programa de Rehabilitación al Trabajo me prepararon para reincorporarme al trabajo:

Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

---

11. Las charlas con la Psicóloga contribuyeron a mejorar el progreso de mi programa de rehabilitación:

Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

---

12. La cita con el Médico fue beneficiosa para mi estado de salud y me dio seguridad para poder participar en el programa de rehabilitación:

Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

13. Como resultado de mi participación en el Centro Arrigan yo podré:

Reincorporarme al mismo trabajo

Incorporarme a un trabajo modificado

Consultar con un Consejero Vocacional del Centro Donley

Volver a mi médico para más evaluaciones

---

14. ¿Hay algo que usted cambiaría acerca de nuestro centro, nuestros servicios o nuestro programa? Le agradeceríamos que fuese específico en sus comentarios y sugerencias:

---

15. Yo recomendaría el Centro Arrigan a otro trabajador accidentado:

Muy de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo  
Por favor explique:

---

Comentarios sobre su experiencia en el Centro Arrigan

---

*¡Muchas Gracias!*