

**Comentarios para su Doctor(a)**  
**Clínica A**  
 (Comentarios de pacientes)

El nombre del doctor(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta es la primera vez que ve a este(a) doctor(a)?

Si (primera vez)                       No (lo/la he visto antes)

El doctor(a) está en un programa de Entrenamiento Medico. Sus comentarios son una parte importante en el entrenamiento del doctor(a).

<b>Marque una casilla para cada pregunta:</b>					
	Totalmente de Acuerdo [1]	De Acuerdo [2]	No estoy seguro(a) [3]	Desacuerdo [4]	Totalmente en Desacuerdo [5]
1. ¿Su doctor(a) lo/la trató con cortesía y respeto?					
2. ¿Su doctor(a) escucho sus preocupaciones?					
3. ¿Su doctor(a) le explico las cosas de una forma que pudiera entender?					
4. ¿Usted quedó satisfecho(a) con el cuidado general de su doctor(a)?					

**Comentarios** [especialmente cualquier cosa que su doctor(a) lo hizo muy bien o que necesita mejorar]:

Gracias,  
 UCLA-Olive View Programa de Residencia de Medicina

**POR FAVOR, PONGA ESTE FORMULARIO EN LA CAJA, O DESELO A LA ENFEMERA O OFICINISTA**

**Comments for your Doctor**  
**Clinic A**  
(Patient Feedback)

Your doctor's name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Is this the first time you've seen this doctor?:

Yes (first time)       No (I've seen this doctor before)

Your doctor is in a Residency Training program. Your feedback is an important part of this doctor's training.

Check one box for each question:					
	Strongly agree [1]	Agree [2]	Neutral/ not sure [3]	Disagree [4]	Strongly disagree [5]
1. My doctor treated me with courtesy and respect					
2. My doctor listened to my concerns					
3. My doctor explained things in a way I could understand					
4. I am happy with my doctor's overall care					

Comments (especially anything your doctor did very well or that needed to improve):

Thank you,  
UCLA-Olive View Medicine Residency Program

**PLEASE PUT THIS FORM IN THE BOX, OR GIVE IT TO THE NURSE OR CLERK**