



Nombre _____

Médico _____

Fecha del procedimiento _____

- Control del dolor
- General
- Regional
- Sedación intervenosa
- Local

Estamos contentos de haberlo tenido como paciente en Pinnacle Surgery Center. Le agradeceríamos el completar este cuestionario dos semanas después de su tratamiento. Valoramos su opinión.

PREOPERATORIO

Si Ud. preguntó sobre arreglos financieros, ¿le contestamos las preguntas de una forma cortés que Ud. haya comprendido claramente? SI _____ NO _____

¿Las instrucciones que le dieron el día antes de la cirugía lo prepararon adecuadamente? SI _____ NO _____

EL DIA DEL PROCEDIMIENTO

¿El centro estaba limpio y cómodo? SI _____ NO _____

¿El personal era cortés y responsivo a sus necesidades? SI _____ NO _____

¿Le explicaron el uso de la anestesia y el tratamiento para el control del dolor satisfactoriamente?
SI _____ NO _____

¿Las enfermeras le explicaron, clara y completamente, las instrucciones para su cuidado en casa?
SI _____ NO _____

RECUPERACION EN CASA

¿Experimentó algún problema inesperado después de su procedimiento?

secreción de la cortada o sitio de la inyección _____	sangramiento excesivo _____
dolor no aliviado por la medicina recetada _____	dolor de cabeza _____
fiebre de más de 100.5 grados _____	dificultad en respirar _____
vómitos o náuseas que duraron varias horas _____	entumecimiento _____

Si experimentó algún síntoma indicado arriba, ¿se comunicó con su médico? SI _____ NO _____

¿Fue a la sala de emergencias? SI _____ NO _____

En general, su experiencia en Pinnacle Surgery Center fue:

EXCELENTE _____ BUENA _____ MALA _____

¿Qué se pudo haber hecho para hacer su estancia con nosotros más cómoda?

Comentarios: _____

Relación al paciente: _____