

Pensando sobre su experiencia total con el centro de cirugía y su médico, favor de contestar las siguientes preguntas.

7. Me dieron explicaciones, claras y detalladas sobre el proceso y pruebas que se iban a presentar por mi médico?

Si, definitivamente **Un poco** **Definitivamente, no**

8. Los empleados estaban interesados en mantener mi familia informada de mi proceso?

Si, definitivamente **Un poco** **Definitivamente, no**

9. Yo sentí que todos los aspectos de cuidado recibidos fueron coordinados fácilmente?

Si, definitivamente **Un poco** **Definitivamente, no**

10. Regresaría a CSC para cirugía electiva o recomendar MPSC a su familia o amigos?

Si, definitivamente **Un poco** **Definitivamente, no**

11. Tiene propuestas sobre como les podremos servir mejor a usted o sus familiares?

Opcional:

Primer Nombre:

Apellido:

Día de Cirugía:

Capitola Surgery Center
Dinner Drawing

Los estudios completados y enviados antes de Enero 11, 2013, serán elegibles para el premio. El día de la rifa será Enero 16, 2013 y el ganador será notificado.

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Calle: _____ Apt: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Tel: (____) _____ - _____