

**Encuesta de Satisfacción de los Servicios Ofrecidos**

Nombre: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Col: \_\_\_\_\_ Mpio: \_\_\_\_\_  
 Hora de llegada \_\_\_\_\_  
 Hora de ingreso a atención \_\_\_\_\_  
 Hora de salida \_\_\_\_\_  
 Atención Recibida \_\_\_\_\_

Los servicios que usted recibirá por parte de esta dependencia son gratuitos.

1. Califique cada pregunta en escala de 1 a 5, en donde 1 es la calificación más baja y 5 la calificación más alta.

1. Pésimo.      2. Malo.      3. Regular.      4. Bueno.      5. Excelente.

ÁREA DE TRABAJO SOCIAL <i>Nombre de la profesionista</i>		1	2	3	4	5
1	El trato que recibió de la persona que le atendió fue:					
2	El tiempo que se le dio en atención lo considera:					
3	Los conocimientos de la/el profesional que le atendió los considera:					
4	¿La información que se le proporcionó considera que es suficiente?					
5	¿Cómo califica el servicio recibido?					

ÁREA DE JURÍDICO <i>Nombre de la profesionista</i>		1	2	3	4	5
1	El trato que recibió de la persona que le atendió fue:					
2	El tiempo que se le dio en atención lo considera:					
3	Los conocimientos de la/el profesional que le atendió los considera:					
4	¿La información que se le proporcionó considera que es suficiente?					
5	¿Cómo califica el servicio recibido?					

ÁREA DE PSICOLOGÍA <i>Nombre de la profesionista</i>		1	2	3	4	5
1	El trato que recibió de la persona que le atendió fue:					
2	El tiempo que se le dio en atención lo considera:					
3	Los conocimientos de la/el profesional que le atendió los considera:					
4	¿La información que se le proporcionó considera que es suficiente?					
5	¿Cómo califica el servicio recibido?					

ÁREA DE PSICOLOGÍA PARA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA <i>Nombre de la profesionista</i>		1	2	3	4	5
1	El trato que recibió de la persona que le atendió fue:					
2	El tiempo que se le dio en atención lo considera:					
3	Los conocimientos de la/el profesional que le atendió los considera:					
4	¿La información que se le proporcionó considera que es suficiente?					
5	¿Cómo califica el servicio recibido?					

"La presente información tiene el CARÁCTER DE CONFIDENCIAL. PERIODO INDEFINIDO, de conformidad al Artículo 21 de la Ley de Transparencia e Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios."

ÁREA EN QUE SE LE ATENDIÓ	1	2	3	4	5
1 Las instalaciones (infraestructura) de manera general donde se le atendió son:					

2 ¿Encontró el servicio que buscaba en el CIAM ?	Si	No
3 ¿Recomendaría el servicio?		

4 ¿Cómo se enteró de los servicios que presta el CIAM?

T.V.:  
 institución:

Radio:  
 Conocidos:

Redes sociales:  
 Al pasar.

Otra

Otros: \_\_\_\_\_

5. Si usted tuviera que pagar por el servicio recibido ¿Cuánto estaría dispuesta a pagar?

\_\_\_\_\_

6. Quejas, sugerencias y/o comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que recibe el servicio. (Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la información proporcionada fue emitida por la suscrita)	Huella
--	--------