East End Pediatrics
200 Pantigo Place, Suite E
East Hampton, NY 11937

Patient Satisfaction Survey

Patient Name (optional) _____ Date of visit: _____
Doctor: _____

Insurance, please answer yes or no:
Does your child have either : Affinity, Neighborhood Health Providers, HIP Medicaid or Child Health Plus, NY State Medicaid, or United Healthcare Community Plan Medicaid or Child Health Plus ? yes _____ no_____

We appreciate your feedback, please answer yes or no (circle your answer) to the following questions. Please select NA (not applicable) if the question does not apply to your visit with us. If there is anything you want us to know, please include your comments. Thank you for taking the time to let us know about your experience.

1. Contacting our office:

A) Did you find it difficult to get through to our office by telephone?	Yes	No	
B) Was the staff member who answered the telephone professional?	Yes	No	
C) Were your questions answered?	Yes	No	
C)If you requested a prescription, was it handled to your satisfaction?	Yes	No	NA
D) If you requested a referral, was it handled to your satisfaction?	Yes	No	NA
E) If you were referred to a specialist, did you have any difficulty finding one who takes your insurance?	Yes	No	NA

2.Access to care:

A) Do our office hours meet your scheduling needs?	Yes	No	
B) If you called about an urgent problem, were you able to get an appointment for the same day?	Yes	No	NA
C) If you left a message, was your call to the nurse returned in a timely manner?	Yes	No	NA
D) If you left a message, was your call to the doctor returned in a timely manner?	Yes	No	NA

3. At the appointment:

A)Was a close parking spot available?	Yes	No
B)Was the waiting room clean and comfortable?	Yes	No
C)Did your child enjoy the toys and games in the waiting room?	Yes	No
D)Was the waiting time to see the doctor acceptable?	Yes	No
E)Was the reception staff courteous and helpful?	Yes	No

4. Billing:

A)Did you experience any billing problems?	Yes	No
B)Are our billing statements easy to understand?	Yes	No
C)If you had any questions, was our billing staff helpful and courteous?	Yes	No
D)Are our billing policies and procedures explained to your satisfaction?	Yes	No

E) Did you know that you can pay your bill online on your child's web portal account? Yes No

5. Nursing and Medical Assistant care:

A)Did you feel the staff listened to you? Yes No

B)Did you feel the nurse answered all of your questions? Yes No

C)Was the nurse courteous to you/your child? Yes No

D) If your child received a vaccination, did the nurse help to reduce your child's fears? Yes No NA

E)Were you satisfied with the advice and treatment provided? Yes No

F)Was the medical assistant courteous and helpful? Yes No

6. Medical care:

A)Did you feel the doctor listened to you? Yes No

B)Did you feel the doctor answered your questions? Yes No

C) Was there any language barrier to communication? Yes No

D)Was the doctor courteous to you/your child? Yes No

E)Did the doctor spend enough time with you? Yes No

F)Did you feel your privacy and confidentiality were respected? Yes No

G)Were you satisfied with the advice and treatment plan? Yes No

H)If your child had a behavior or learning problem, were you able to get the help/advice that you needed? Yes No NA

I) Were follow up treatment and instructions for care at home explained to you and your child? Yes No

I) Are you satisfied with the quality of care? Yes No

7. Website

Have you used our website www.eastendpediatricspc.com? If so, for what purpose? Was it helpful? _____

_____

8. Additional Comments and Suggestions _____

9. Would you recommend this practice to others? _____

10. Compliments for our staff:_____

11. What do you like best about this practice? _____

12. What would you most like to change abut this practice? _____

If you would you like to discuss your comments further please include your name and telephone number:

East End Pediatrics
200 Pantigo Place, Suite E
East Hampton, NY 11937

Encuesta de satisfacción del paciente

Paciente nombre (opcional) _____ Fecha de visita: _____
Doctor _____

Seguro, por favor responder sí o no: ¿Su niño tiene cualquiera:Affinity, Neighborhood Health Providers, HIP Medicaid or Child Health Plus, NY State Medicaid, or United Healthcare Community Plan Medicaid or Child Health Plus ?
Sí ___ no___

Nosotros apreciamos sus comentarios, por favor responder sí o no (círcular su respuesta) a las siguientes preguntas. Por favor seleccione NA (no aplicable) si la cuestión no se aplica a su visita con nosotros. Si hay algo que quiere agregar, por favor incluya sus comentarios. Gracias por tomarse el tiempo para dejarnos saber sobre su experiencia.

1. Contactando nuestra oficina:
A) ¿se te hace difícil contactarnos por teléfono? Sí No

B) ¿ el miembro contestando el teléfono fue profesional? Sí No

C) ¿fueron sus preguntas contestadas? Sí No

D) ¿si usted solicita una receta, fue manejada a su satisfacción? No sí NA

E) ¿si usted solicita una remisión, fue manejado a su satisfacción? No sí NA

F) ¿si has sido referido a un especialista, tiene alguna dificultad
encontrar uno que toma su seguro? No sí NA

2 Acceso a la atención:
A) ¿nuestras horas de oficina satisfachan sus necesidades de programación? Sí No

B) ¿si usted llama sobre un problema urgente, fueron capaces de obtener
una cita para el mismo día? No sí NA

C) ¿ si usted dejó un mensaje, para la enfermera fue su llamada devuelta
a buen tiempo? No sí NA

D) ¿ si usted dejó un mensaje para el doctor fue su llamada devuelta a
buen tiempo? No sí NA

3. En la cita:
A) ¿encontraron parqueaderos disponibles? Sí No

B) ¿encontraron la sala de espera, limpia y cómoda? Sí No

C) ¿su hijo disfruta de los juguetes y juegos en la sala de espera? Sí No

D) ¿fue el tiempo de espera para ver al médico aceptable? Sí No

E) fueron los miembros de recepsion senicial? Sí No

4. Facturación:
A) ¿usted tiene algún problema de facturación? Sí No

B) ¿son fáciles de entender nuestros Estados de facturación? Sí No

C) ¿ si usted tiene preguntas, fueron los miembros de facturación servicial? Sí No

D) ¿son nuestras políticas y procedimientos de facturación explicados a su satisfacción? Sí No

E) ¿sabía usted que puede pagar su cuenta en línea con la
cuenta portal de la web de su hijo? Sí No

5. Enfermería y el cuidado de asistente médico:

A) ¿se siente escuchado por el personal? Sí No

B) ¿siente que la enfermera respondió todas sus preguntas? Sí No

C) ¿era la enfermera amable con usted / su hijo? Sí No

D) ¿si su hijo recibió una vacuna, hizo la enfermera
ayuda a reducir los temores de su hijo? No sí NA

E) ¿estabas satisfecho con el asesoramiento y tratamiento
proporcionado? Sí No

F) ¿Fue el asistente médico servicial? Sí No

6. Médico:

A) ¿se siente escuchado por el doctor? Sí No

B) ¿siente que el médico respondió sus preguntas? Sí No

C) ¿hubo alguna barrera de lenguaje para la comunicación? Sí No

D) ¿fue el médico/enfermera servicial a
¿usted / su hijo? Sí No

E) ¿el doctor/enfermera paso suficiente tiempo
contigo? Sí No

F) ¿se respeto su privacidad y confidencialidad? Sí No

G) ¿ estas satisfecho con el plan de asesoramiento y tratamiento? Sí No

H) ¿si su hijo tenía un comportamiento o problema de aprendizaje,
pudo conseguir el ayuda/asesoramiento que usted necesita? No sí NA

I) ¿ el seguimiento y el tratamiento e instrucciones para el cuidado en casa
explicado a usted y su hijo? Sí No

I) ¿está satisfecho con la calidad de la atención? Sí No

7. Sitio web

¿Usted ha utilizado nuestro sitio web www.eastendpediatricspc.com? Si es así, ¿con qué proposito? Fue
útil? _____

_____

8. Otros comentarios y sugerencias _____

9. ¿Recomendaría esta práctica a otros? _____

10. Cmplementos para nuestro personal: _____

11. ¿Qué te gusta sobre esta práctica? _____

12. ¿Qué gustaría cambiar acerca de esta práctica? _____

Si gustaria discutir sus comentarios más por favor incluyen su nombre y número de teléfono:
_____