

PATIENT EVALUATION FORM

FORMA DE EVALUACION DEL PACIENTE



Please help us improve our service by taking a moment to complete this survey.

Use the scale below and include additional comments as desired

(Por favor ayudenos a mejorar nuestro servicio completando este cuestionario.

Use la escala que se encuentra abajo e incluya comentarios adicionales si lo desea):

1 = Poor 2 = Below Average 3 = Average 4 = Above Average 5 = Excellent

1= Pobre 2= Abajo del promedio 3= Promedio 4= Arriba del promedio 5=Excelente

Fax to 408-228-8401, 408-790-2912 or E-mail to: info@allianceocmed.com

1. How would you rate the **office staff's** helpfulness, professionalism and accuracy?
(Como califica usted el **personal de oficina**, buena asistencia, profesionalismo, y confiabilidad ?)

1 2 3 4 5

2. How well did your **medical provider** provide you with information about your injury, treatment options, expected outcome and return to work? (Que tan bien su **proveedor medico** le dio informacion acerca de su lesion, opciones de tratamiento, y fechas de retorno al trabajo ?)

1 2 3 4 5

Please circle main treating MD/PA(Por favor de circular su proveedor principalmente)

Dan Azar MD Tom Zdimal PA Mojan Manzar MD Edward Cooper MD Maria Bolinao/Braren NP
Jaishree Acharya MD Samir Sharma MD Annu Navani MD John Tang MD Venkat Aachi MD
Sapna Sheth Rajput DO

3. How would you rate the quality and helpfulness of our **rehabilitation** department?
(Como usted califica la calidad y buena asistencia de nuestro departamento de rehabilitación?)

1 2 3 4 5 NA

Please circle main treating PT/DC/CHT/LAC: Val Kshirsagar PT Nilisha Mikklineni PT Ragini Herekar PT Prem Lalwani CHT Monisha Chanan DC Adam Wong DC Richard Esquivel Lac.

(Por favor de circular su proveedor principalmente)

4. How would you rate your **overall experience** at Alliance Occupational Medicine?
(Como usted califica su experiencia en Alliance Occupation Medicine?)

1 2 3 4 5

5. What could we do in the future to improve the services at our medical facility?
Que podriamos hacer en el futuro para mejorar el servicio en nuestro centro medico?

Thank you for your comments! (Gracias por su comentarios !)

Name (Optional) (Nombre (opcional): _____

Employer (Optional) Empleador (Opcional): _____

Would you like us to contact you for additional feedback? Circle one YES NO

(Le gustaria que nos comunicaramos con usted para comentarios adicionales ?)Circule una SI NO

If so, best phone# to reach you (mejor numero de telefono para comunicarnos con uste): _____