Client Satisfaction Survey
Nursing Division and WIC
www.cityofalliance.com/health
Phone: 330-821-7373
Fax; 330-821-9517

Your Opinion Matters!
Please help us improve our services by completing this brief survey!

1. What date did you receive service at the Alliance City Health Department?_____
2. What is your current zip code?_____
3. Select which services you received from the Alliance City Health Department Nursing Division (check all that apply)

   ___Childhood Immunizations ___Lead testing / Lead Prevention Education
   ___Adult Immunizations ___Sexually Transmitted Disease Testing and/ or Treatment
   ___ TB Skin Testing ___ HIV Testing and Counseling
   ___Flu Vaccination ___Bureau for Children with Medical Handicaps Services
   ___WIC ___Safe Kids Programs: Car Seat, Cribs for Kids, Bike Helmets
   ___Other

   Please circle your answer for the following:

4. The staff was courteous and helpful.
   Strongly Agree Agree Disagree Strongly Disagree N/A
5. The hours of services met my needs.
   Strongly Agree Agree Disagree Strongly Disagree N/A
6. The appointment process was handled in a timely manner.
   Strongly Agree Agree Disagree Strongly Disagree N/A
7. The service provided was conducted in a professional manner.
   Strongly Agree Agree Disagree Strongly Disagree N/A
8. The fees were reasonable.
   Strongly Agree Agree Disagree Strongly Disagree N/A
9. Overall, I was pleased with the quality of service.
   Strongly Agree Agree Disagree Strongly Disagree N/A
10. How did you hear about Alliance City Health Department Services?
11. I would like to be contacted about my visit, please reach me at: (Name)_____
    (phone number or email)_____
    Comments:_____
    _____
    _____
    _____
    _____

Thank you!

Cliente Satisfactio Encuesta
WIC y división de enfermería
www.cityofalliance.com/health
Telefono: 330-821-7373
Fax:330-821-9517
Su opinión es importante!

Por favor ayúdenos a mejorar nuestros servicios por completar esta breve encuesta!

1. ¿Qué fecha recibió servicio en el Departamento de salud de la ciudad de Alianza?

2. ¿Cuál es su código postal actual? _____
3. Seleccione los servicios que usted recibió de la Alianza ciudad Departamento enfermería División de salud (marque todas las que apliquen)

— vacunas infantiles
— vacunas para adultos
— TB las pruebas cutáneas
— gripe vacunación
— WIC
— Otros
— Plomo
— plomo prueba /Plomo prevención educación
— pruebas de enfermedades de transmisión sexual o tratamiento
— Prueba de VIH y consejo
— mesa para niños con servicios de discapacidades médicas
— programas: asiento de safe kids, Cunas para niños, cascos de bicicleta

Por favor, marque su respuesta para lo siguiente:

1. El personal era cortés y útil.
   Fuertemente acepto Acepto En desacuerdo Muy en desacuerdo N/A
2. Las horas de servicio a mis necesidades.
   Fuertemente acepto Acepto En desacuerdo Muy en desacuerdo N/A
3. El proceso de nombramiento fue manejado de una manera oportuna.
   Fuertemente acepto Acepto En desacuerdo Muy en desacuerdo N/A
4. El servive siempre se realizó en una cuestión profesional.
   Fuertemente acepto Acepto En desacuerdo Muy en desacuerdo N/A
5. Las tarifas eran razonables.
   Fuertemente acepto Acepto En desacuerdo Muy en desacuerdo N/A
6. En general, estaba satisfecho con la calidad del servicio.
   Fuertemente acepto Acepto En desacuerdo Muy en desacuerdo N/A
7. ¿Cómo conociste Alianza Departamento servicios de salud de ciudad?
   Fuertemente acepto Acepto En desacuerdo Muy en desacuerdo N/A

Me gustaría ser contactado acerca de mi visita, por favor contactarme en

8. (nombre) _____
9. (número de telefono o correo electrónico) _____
10. Comentario: _____
    _____
    _____

¡Gracias!