Nombre del paciente: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. En general, ¿cómo calificaría su salud general?



1. ¿Qué tan probable es que recomiende el centro de salud a su familia o amigos?

[ ]  Siempre

[ ]  A menudo

[ ]  A veces

[ ]  Rara vez

[ ]  Nunca

1. ¿Cómo calificaría la atención que recibe en las consultas virtuales con su proveedor en comparación con las consultas de forma presencial en el centro de salud con su proveedor?

[ ]  Mucho mejor

[ ]  Mejor

[ ]  Igual

[ ]  Peor

[ ]  Mucho peor