

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**

Provider Name: \_\_\_\_\_

Triple P Level & Type: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Relación al niño: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

Este cuestionario nos ayudará a evaluar y continuar mejorando el programa que ofrecemos. Estamos interesados en sus opiniones honestas sobre los servicios que recibió, ya sea que hayan sido positivos o negativos. Por favor responda todas las preguntas. Por favor encierre en un círculo la respuesta que mejor describa como se siente.

**1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio de Triple P que usted y su hijo recibieron?**

1	2	3	4	5	6	7
Malo		Regular		Bueno		Excelente

**2. ¿Le ayudó el programa de Triple P a tratar más efectivamente el comportamiento del niño?**

1	2	3	4	5	6	7
No, dejó cosas peor		No ayudó mucho		Si, ayudó un poco		Si, ayudó mucho

**3. ¿Le ayudó el programa de Triple P a tratar más efectivamente los problemas que surgen en su familia?**

1	2	3	4	5	6	7
No, dejó las cosas peor		No ayudó mucho		Si, ayudó un poco		Si, ayudó mucho

**4. ¿Si buscara ayuda de nuevo, ¿regresaría al programa de Triple P?**

1	2	3	4	5	6	7
No, definitivamente no		No, creo que no		Sí, creo que sí		Sí, definitivamente

**5. ¿En su opinión, ¿cómo es la conducta de su hijo en este momento?**

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Peor	Peor	Un poco peor	Igual	Un poco mejor	Mejor	Mucho Mejor

**6. ¿Tiene algún otro comentario sobre el programa de Triple P?**

---

---

---

---

---

---

---

Return to: Triple P Mecklenburg  
Attn. Cathy Henderson  
Southeast Health Department  
249 Billingsley Road  
Charlotte, NC 28211