



Encuesta de Satisfacción del Programa de Atención a la Discapacidad

Fecha: _____ Expediente: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Municipio: _____ Estado: _____

¿Los servicios que recibió mejoraron su calidad de vida?

Si _____ No _____

¿En qué ámbito(s) social(es) mejoro su calidad de vida?

- Familiar _____ Laboral _____ Educativo _____ Deportivo _____
Recreativo _____ Cultural _____

• Otros _____ Mencione Cual: _____

¿Volvería a acudir a los servicios del CREEVER si se presentara otra situación similar?

Si _____ No _____

¿Recomendaría los servicios del CREEVER a otra persona?

Si _____ No _____

Sugerencias o comentario final: _____

Nombre y Firma del Paciente o Acompañante