



Nombre: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ /

CALIFICACIÓN PARA LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

1. Al llegar, recibió orientación para tramitar su servicio	10	9	8	7	6	5
2. Recibió información sobre los requisitos para el servicio solicitado	10	9	8	7	6	5
3. Disposición del personal que le atendió.	10	9	8	7	6	5
4. Considera que el personal está capacitado.	10	9	8	7	6	5
5. Satisfacción en el tiempo de espera.	10	9	8	7	6	5

6. ¿Qué servicio solicitó? _____

7. ¿Se trasladó fuera de esta institución como parte del servicio? Si No
 Describa: _____

8. ¿Realizó algún pago por el servicio? Si No
 Describa: _____

9. ¿Tiene alguna sugerencia para mejorar la atención en el servicio? Si No
 Describa: _____