



ENCUESTA PARTICIPACIÓN/SATISFACCIÓN NNA

Primer Semestre

Por favor, marca con un check (✓) en cada uno de los cuadros vacíos y de acuerdo con lo que tú crees o sientes. Para ello es indispensable que leas cada uno de los indicadores e ítems señalados. Tus respuestas nos ayudarán a mejorar el Programa.
Gracias por tu colaboración.

INDICADORES	INTEM	1	2	3	4	5
		 Muy Malo	 Malo	 Deficiente	 Bueno	 Muy Bueno
Trato	Los profesionales te dan confianza para contarles tus cosas					
	Los profesionales son amables contigo					
	Te atienden a la hora citada en el programa					
Participación (ser escuchado y las opiniones consideradas)	Te has sentido escuchado por los profesionales de Programa					
	Sientes que las personas que trabajan en el programa te comprenden y atienden según tus necesidades					
	Tú opinión ha sido considerada en todo lo que realizas en el programa					
	Los profesionales que trabajan en el programa te preguntan tu opinión y la consideran en mi PII					
	Cuando te han derivado a otra institución, te han acompañado en ese proceso					
	A las actividades que te invitan al programa, estas son de tu interés.					
	El programa te presenta una programación mensual de las actividades que se van a realizar					
Información	Los profesionales que te atienden, te explicaron al inicio (cuando llegaste)					



	por qué estabas en el programa					
	Los profesionales que te atendieron al inicio, te entregaron un Manual de Ingreso para conocer el programa					
	En entrevista te hablaron acerca de tus derechos, deberes y normas en el programa					
	Las personas que te atendieron te explicaron que podías solicitar ayuda cuando la necesitas.					
	Las personas que te atendieron, te explicaron qué te podían ayudar a gestionar apoyo en la red local					
	Te explicaron que los informes que se elaboran, previamente se deben revisar contigo.					
Satisfacción Global	Califica de buena la atención recibida por el programa					
TOTAL						
¿Qué crees tú que se puede mejorar en el Programa?						

Nombre y Firma de NNA



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS ADULTOS/FAMILIAS

Primer Semestre

Por favor, marque con un check (✓) en cada uno de los cuadros vacíos y de acuerdo con lo que tú crees o sientes. Para ello es indispensable que leas cada uno de los indicadores e ítems señalados. Tus respuestas nos ayudarán a mejorar el Programa.
Gracias por tu colaboración.

INDICADORES	INTEMES	1 Muy Malo	2 Malo	3 Deficiente	4 Bueno	5 Muy Bueno
Eficiencia resolutive	En el Programa me ayudan a resolver los problemas que a veces presento.					
	En el Programa me orientan a conseguir atención en otros servicios como: salud, educación, drogas, etc.					
	En el Programa me ayudan a mejorar mi rol de padres/madres/cuidadores					
Trato	Los profesionales me dan confianza para contarle mis problemas					
	Los profesionales son amables conmigo					
	Me atienden a la hora citada					
Participación (ser escuchado y las opiniones consideradas)	Me he sentido escuchado/a por los profesionales del Programa					
	Los profesionales que me atienden responden a mis preguntas o dudas					
	Siento que los profesionales me comprende					
	Los profesionales que trabajan en el Programa me preguntan mi opinión sobre asuntos importantes					
Espacio físico	Me gustan las oficinas en las que me atendieron					
	Los baños y espacios del programa se encuentran limpios					
Accesibilidad	Es fácil llegar al Programa desde mi casa					
	El horario de atención es el adecuado para mí.					
Credibilidad	Las personas que me atendieron me dijeron desde el inicio de que trata el programa					



	Las personas que me atendieron sabían cómo ayudarme					
	Las personas que me atendieron me explicaron que todos los avances del proceso se comunicarán al tribunal					
	Las personas que me atendieron me explicaron en qué tengo derechos,, deberes y normas que cumplir en el programa					
	Entiendo las indicaciones que me dan en el programa					
Oportunidad	Esperé mucho tiempo para que me atendiera desde que llegué al Programa					
Satisfacción Global	Califica de buena la atención recibida por el programa					
TOTAL						
¿Qué cree usted que se puede mejorar en el Programa?						

Nombre y Firma de Adulto responsable