Nombre del paciente: _____
Últimos cuatro dígitos del SSN: _____
O fecha de nacimiento: _____
Fecha en que llamó: _____
Nombre del representante que atendió Su llamada: _____

P.O. Box 25209
Santa Ana, CA 92799-5209
Teléfono: (888) 859-5841
Fax: (714) 619-4662
www.MESVision.com

Medical Eye Services **(MES*Vision*)** es el administrador del plan de la vista de su empresa. Uno de los objetivos de la empresa es mejorar la entrega, el procesamiento de los reclamos y el servicio de su plan de la vista cada vez que sea posible. Para tal fin, apreciaríamos que completara el siguiente cuestionario. Para su comodidad, le adjuntamos un sobre con la dirección impresa. Gracias.

Para ayudarnos a que proporcionemos un mejor Servicio de Asistencia en Idiomas, le hemos enviado el siguiente cuestionario. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar nuestro Programa de Asistencia en Idiomas.

1) ¿Habló con un representante de Servicio al Cliente de **MES*Vision*** que habla español?
☐ *Sí* ☐ *No*
Si la respuesta es sí, responda la pregunta N.° 3

2) ¿Habló con un intérprete cuando se comunicó con un representante del Centro de Llamadas de **MES*Vision*** por medio de una llamada en conferencia entre 3 personas?
☐ *Sí* ☐ *No*

a) ¿Había un intérprete disponible en forma inmediata cuando llamó?
☐ *Sí* ☐ *No*

b) ¿Cómo clasificaría su experiencia para acceder a un intérprete?
☐ *Excelente* ☐ *Buena* ☐ *Regular* ☐ *Malo*

	Excelente	*Bueno*	*Regular*	*Malo*
3) ¿Cómo clasificaría la actitud/el profesionalismo del intérprete/representante de Servicio al Cliente de **MES*Vision***?	☐	☐	☐	☐
4) Cuando habló con el intérprete/representante de Servicio al Cliente de **MES*Vision***, ¿qué tan bien él/ella entendió lo que usted le decía en su idioma preferido?	☐	☐	☐	☐
5) ¿Cómo clasificaría la capacidad del intérprete/representante de Servicio al Cliente de **MES*Vision*** para responder a sus preguntas en su idioma preferido?	☐	☐	☐	☐
6) En general, ¿cómo clasificaría los servicios que le proporcionó nuestro Programa de Asistencia en Idiomas (servicios de interpretación)?	☐	☐	☐	☐

a) ¿Entendió la información y las instrucciones que le proporcionó el intérprete/representante de Servicio al Cliente de **MES*Vision***?
☐ *Sí* ☐ *No*

7) ¿Solicitó documentos del plan de la vista en su idioma?
☐ *Sí* ☐ *No*

Si la respuesta es sí, indique a continuación:
☐ Folleto de resumen de beneficios
☐ Formulario de autorización de la ley HIPAA
☐ Aviso de prácticas de privacidad de la ley HIPAA
☐ Otro _____
☐ Formulario de Revisión Médica Independiente (IMR)
☐ Formulario de quejas para pacientes
☐ Procedimientos de quejas para pacientes

	Excelente	*Bueno*	*Regular*	*Malo*
8) Califique el nivel de facilidad con la que pudo leer estos documentos en su idioma.	☐	☐	☐	☐

Explicaciones de las clasificaciones anteriores y sugerencias para mejorar el Programa de Asistencia en Idiomas: *puede usar el reverso de la página para agregar más comentarios:*

_____
_____
_____
_____