

# Cuestionario de impresiones de los clientes

Como parte de nuestro compromiso de mejorar el servicio que ofrecemos, enviamos a nuestros clientes este cuestionario de impresiones. Le estaríamos muy agradecidos si nos pudiese ayudar rellorando este formulario y nos lo enviase en un sobre cerrado (no es necesario sello). Por favor, asegúrese de que la encuesta es totalmente confidencial. Si no rellena sus datos al final, no sabremos quién ha participado.

Debería recordar que \_\_\_\_\_ se encargó de su demanda/caso.

Nombre de la agencia \_\_\_\_\_

Identificación del área de ley \_\_\_\_\_ Dado el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

Beneficiario/Asesor del pago \_\_\_\_\_

P1. Nuestro nivel general de servicio le satisfizo...

MARQUE UNA CASILLA

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mucho    | <input type="checkbox"/> Bastante poco |
| <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Nada          |
| <input type="checkbox"/> NS/NC    |  |

P1a. Si no le satisfizo, escriba brevemente sus motivos.

---

P2. ¿La información / el asesoramiento que le dimos era fácil de entender?

MARQUE UNA CASILLA

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muy fácil      | <input type="checkbox"/> Bastante difícil |
| <input type="checkbox"/> Bastante fácil | <input type="checkbox"/> Muy difícil      |
| <input type="checkbox"/> NS/NC          |   |

P2a. ¿Cómo deberíamos mejorar?

---

P3. Nuestro equipo es informativo...

MARQUE UNA CASILLA

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mucho    | <input type="checkbox"/> Bastante poco |
| <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muy poco      |
| <input type="checkbox"/> NS/NC    |  |

P4. Le mantuvimos al día en cuanto al progreso...

MARQUE UNA CASILLA

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muy bien      | <input type="checkbox"/> Bastante mal                                     |
| <input type="checkbox"/> Bastante bien | <input type="checkbox"/> Muy mal  |
| <input type="checkbox"/> NS/NC         | <input type="checkbox"/> No aplicable – único asesoramiento proporcionado |

P5. Prestamos atención a lo que nos dijo...

MARQUE UNA CASILLA

- |                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy bien | <input type="checkbox"/> Bastante mal |
|-----------------------------------|---------------------------------------|

Bastante bien

Muy mal

NS/NC

P6. ¿Le tratamos siempre de forma justa?

MARQUE UNA CASILLA

Sí

No

No lo sé

P6a Si cree que fue tratado injustamente por razón de etnia, sexo, religión o cualquier otro motivo, explíquenos brevemente qué ocurrió.

---

---

P7. ¿Nos recomendaría a alguien más si necesitase ayuda o asesoramiento legal?

MARQUE UNA CASILLA

Sin duda

Probablemente no

Probablemente

No

NS/NC

P7a. ¿Indique el/los motivo/s de su respuesta a P7.

---

---

P8. ¿El resultado de su caso fue mejor, peor o igual tras nuestro asesoramiento?

MARQUE UNA CASILLA

Mejor

Igual

Peor

P9. Díganos cómo conoció nuestra organización y si realizar el primer contacto fue fácil o difícil.

---

---

P10. ¿Tiene algún comentario o proposición que pueda ayudarnos a mejorar nuestro servicio? Si es necesario, continúe en otra hoja.

---

---

---

---

---

Gracias por rellenar este cuestionario. Sus respuestas son totalmente confidenciales. De todos modos, si desea que contactemos con usted para hablar de cualquier tema de los mencionados, indíquenos su nombre y su dirección debajo.

**SI NO DESEA QUE LE CONTACTEMOS DEJE ESTA SECCIÓN EN BLANCO.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

---

