



Ministerio de Ayuda Mutua  
para Enterramiento, Inc.

### **¿Cómo estamos trabajando?**

Estamos comprometidos a proveerles la mejor ayuda posible, por lo que le agradecemos sus sugerencias. Por favor llene el cuestionario y devuélvalo utilizando uno de los siguientes medios:

Email: [ame.fl@ame-us.org](mailto:ame.fl@ame-us.org); Fax 407-703-8746, o por correo P.O. Box 677606, Orlando FL 32707. Muchas gracias.

---

### **Por favor, califique el trato del personal del Ministerio que atendió su llamada.**

- |                     |                             |                             |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Cortés?            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Informativo?       | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Claro y eficiente? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

---

### **¿Cuán útil fue la información que recibió a través del Ministerio A.M.E.?**

- Muy útil       Útil       Poco útil       No útil

---

### **¿Cómo califica el trato del personal de la funeraria?**

- Muy bueno       Bueno       Malo       Muy Malo

---

### **¿Cómo califica el trato del personal del cementerio?**

- Muy bueno       Bueno       Malo       Muy Malo

---

### **¿Cómo calificaría usted los servicios del Ministerio A.M.E.?**

- Muy necesarios       Necesarios       Poco necesarios       No necesarios

---

### **De las ayudas que provee el ministerio, ¿Que tan satisfecho está usted?**

- Muy satisfecho       Satisfecho       Poco satisfecho       insatisfecho

---

**En el aspecto espiritual, ¿Cómo fue su experiencia con el Ministerio A.M.E. durante todo el proceso?**

- ¿De Mucha Ayuda?  Si  No
- ¿De Alguna Forma me Ayudo?  Si  No
- ¿No me ayudo?  Si  No
- ¿Me hizo sentir peor?  Si  No

---

**En el aspecto emocional, ¿Cómo fue su experiencia con el Ministerio A.M.E. durante todo el proceso?**

- ¿De Mucha Ayuda?  Si  No
- ¿De Alguna Forma me Ayudo?  Si  No
- ¿No me ayudo?  Si  No
- ¿Me hizo sentir peor?  Si  No

---

**Por favor compártanos sus comentarios, de modo que sirvan para mejorar nuestros servicios y ayuda como Ministerio.**

---

---

---

---

---

---

**Por favor compártanos su testimonio o experiencia, de modo que sea de bendición para otras familias.**

---

---

---

---

---

¿Nos autoriza usted a publicar su testimonio?  Si  No

Por favor registre su:

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre del Fallecido: \_\_\_\_\_