

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

County / Provider

Use Only

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Treatment Setting (required): OP/IOP Residential OTP/NTP Detox/WM (standalone) Partial hospitalization

• يرجى الإجابة على هذه الأسئلة حول تجربتك في هذا البرنامج للمساعدة في تحسين الخدمات. استخدم "لا ينطبق" إذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تجرب به إجاباتك سرية ولن تؤثر على الخدمة الحالية أو المستقبلية.

• الرجاء ملء الدائرة بالكامل.  صحيح ● غير صحيح ⊗ ⊙

غير قابل للتطبيق
لا أوافق بشدة
لا أوافق
أنا محايد
أوافق
موافق بشدة

1. وكان المكان مناسب (لوسائل النقل العام، وبعد المسافة و موقف السيارات، الخ).

2. وكانت الخدمات متاحة عندما احتجت إلي.

3. اخترت أهداف العلاج بمساعدة المسئول.

4. أعطاني الموظفون وقتاً كافياً في جلسات العلاج.

5. عاملني الموظفون باحترام.

6. كلمني الموظفون بطريقة مفهومة .

7. كان الموظفون حساسين لخلفيتنا الثقافية

(العرق، الدين، اللغة، وما إلى ذلك) .

8. وقد شعرت بالترحيب هنا.

9. كنتيجة مباشرة للخدمات التي أتلقتها أستطيع القيام بالأشياء التي أريد القيام بها.

10. كنتيجة مباشرة للخدمات التي أتلقتها، أشعر برغبة أقل في المخدرات والكحول.

11. يعمل الموظفون هنا مع مسئولي رعايتي الصحية لتوفير الدعم الصحي.

12. يعمل الموظفون هنا مع مقدمي الرعاية الصحية العقلية لتوفير الدعم الصحي.

13. ساعدني الموظفون هنا على التواصل مع خدمات أخرى حسب الحاجة (الخدمات الاجتماعية والسكن وما إلى ذلك) .

14. بشكل عام. أنا راضٍ عن الخدمات التي تلقيتها.

15. كنت قادراً على الحصول على كل المساعدة / الخدمات التي كنت بحاجة إليها.

16. أوصي بهذه الهيئة للاصدقاء أو أفراد العائلة .



17. الآن بالتفكير في الخدمات التي تلقيتها ، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحية عن بعد (عبر الهاتف أو مؤتمرات الفيديو)؟

○ لا شيء ○ قليل جدا ○ حوالي النصف ○ الكل تقريبا ○ الكل

18. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بُعد مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟
○ أفضل بكثير ○ أفضل إلى حد ما ○ نفس الشيء تقريباً ○ أسوأ إلى حد ما ○ غير قابل للتطبيق

19. يرجى إعلامنا بتعليقاتك. ما هو الأكثر فائدة حول هذا البرنامج؟ ماذا يمكنك التغيير حول هذا البرنامج؟

يرجى عدم كتابة أي معلومات قد تحدد هويتك. على سبيل المثال ، لا تكتب اسمك أو رقم هاتفك

أخبرنا الآن قليلاً عن نفسك

20. ما هو جندرك (يرجى اختيار كل ما ينطبق)؟

○ ذكر ○ أنثى ○ غير ثنائي (لا ذكر ولا أنثى)
○ متحول جنسياً: أنثى إلى ذكر ○ متحول جنسياً: ذكر إلى أنثى ○ هوية جندرية أخرى

21. هل تفكر في نفسك على النحو التالي (يرجى اختيار كل ما ينطبق):

○ مستقيم/محب للجنس الآخر ○ لوطي أو سحاقية ○ مزدوج الميول الجنسية
○ مختلف ○ توجُّه جنسي آخر ○ غير معروف

22. هل أنت من أصل مكسيكي / إسباني / لاتيني؟

○ نعم ○ لا ○ غير معروف

23. العرق / الأصل (يرجى اختيار كل ما ينطبق):

○ أمريكي هندي / مواطن أصلي من ألاسكا ○ أمريكي هندي / مواطن أصلي من ألاسكا
○ أسوي ○ أسود / أمريكي أفريقي ○ مواطن من هاواي / من جزر المحيط الهادئ
○ أبيض/قوقازي ○ عرق آخر ○ غير معروف

24. الفئة العمرية:

○ 18-25 ○ 26-35 ○ 36-45 ○ 46-55 ○ 56-64 ○ 65+

45027

أشكركم على أخذ الوقت للرد على هذه الأسئلة !

