

Encuesta de la Percepción del Tratamiento (Adultos) - 2025

Print PDF as needed.
Do not photocopy!



County / Provider
Use Only

CalOMS Provider ID (required)

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

Program Reporting Unit (if required by your county):

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



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

• Por favor responde a estas preguntas acerca de tu experiencia en el programa para ayudarnos a mejorar nuestros servicios. Utiliza "No aplica" si la pregunta es sobre algo que no has experimentado. Tus respuestas son confidenciales y no influirán en el servicio actual o futuro.

• Por favor, rellene las burbujas completamente.



Correcto ●

Incorrect: ⊙ ⊗ ⊖

Muy de acuerdo
De acuerdo
Soy imparcial
En desacuerdo
Muy en desacuerdo
No aplica

- | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. El lugar estuvo conveniente (transporte público, distancia, estacionamiento, etc.). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Los servicios estaban disponibles cuando los necesité. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Elegí las metas del tratamiento con la ayuda de mi proveedor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. El personal me dio suficiente tiempo en mis sesiones de tratamiento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. El personal me trató con respeto. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. El personal me habló de una manera que yo lo entendí. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. El personal fue sensible a mis orígenes culturales (raza, religión, idioma, etc.). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Me sentí bienvenido(a) aquí. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, puedo hacer mejor las cosas que quiero hacer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, siento menos deseo de consumir drogas y alcohol. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud física para apoyar mi bienestar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud mental para apoyar mi bienestar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. El staff aquí me ayudó a conectar con otros servicios según fuera necesario (servicios sociales, vivienda, etc.). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. En general, estoy satisfecho con los servicios que recibí. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Pude obtener toda la ayuda / servicios que necesitaba. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Yo recomendaría esta agencia a un amigo o miembro de la familia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



11719



17. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿cuántos fueron por telesalud (por teléfono o videoconferencia)?
☐ Ninguno ☐ Muy poco ☐ Aproximadamente la mitad ☐ Casi todos ☐ Todos
18. ¿Qué tan útiles fueron tus visitas de telesalud en comparación con las visitas tradicionales en persona?
☐ Mucho mejor ☐ Un poco mejor ☐ Casi lo mismo ☐ Un poco peor
☐ No aplica
19. Por favor, háganos saber sus comentarios. ¿Qué fue lo más útil de este programa? ¿Qué cambiaría del programa?
Por favor, no escriba ninguna información que le identifique. Por ejemplo, NO escriba su nombre o número de teléfono.

Ahora puede hablarnos un poco de usted.

20. ¿Cuál es tu género (Por favor selecciona todas las que aplican)?
☐ Hombre ☐ Transgénero: Femenino a Masculino
☐ Mujer ☐ Transgénero: Masculino a Femenino
☐ No-binario (ni masculino ni femenino) ☐ Otra identidad de género
21. Te consideras a ti mismo como (Por favor selecciona todas las que apliquen):
☐ Heterosexual ☐ Queer
☐ Gay o Lesbiana ☐ Otra orientación sexual
☐ Bisexual ☐ Desconocido
22. ¿Eres mexicano (a)/hispano (a)/ latino descendiente?
☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido
23. Raza/Etnicidad (Favor de seleccionar todos los que apliquen):
☐ Indio Americano / Nativo de Alaska ☐ Blanco/ Caucásico
☐ Asiático ☐ Otra raza
☐ Negro/Afroamericano ☐ Desconocido
☐ Nativo de Hawái / Islas del Pacífico
24. Rango de edad:
☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65+

¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!

11719