

# Encuesta de la Percepción del Tratamiento (Jovenes) - 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 ●

Incorrecto ⊙ ⊗ ⊙

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

- |  |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. El lugar de los servicios estuvo conveniente para mí.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Los servicios estaban disponibles en horarios que eran convenientes para mí.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Tuve una buena experiencia inscribiéndome en el tratamiento.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Mi consejero/a y yo trabajamos juntos en metas de tratamiento.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Recibí servicios que eran adecuados para mí.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. El personal me trató con respeto.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Siento que mi consejero/a se tomó el tiempo para escuchar lo que yo tenía que decir.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Desarrollé una relación positiva y de confianza con mi consejero/a.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. 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"/> |
| 10. Siento que mi consejero/a estaba sinceramente interesado/a en mí y me entendía.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Me gustó mi consejero/a aquí.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Mi consejero/a es capaz de ayudarme.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. El personal aquí se asegura de que se cumplan mis necesidades de salud y salud emocional (exámenes físicos, estado de ánimo depresivo, etc.).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. El personal aquí me ayudó con otras cuestiones y preocupaciones que tenía relacionadas con el sistema legal /libertad condicional, familiar y los sistemas educativos.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Mi consejero proporcionó los servicios necesarios para mi familia.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Como resultado de los servicios que recibí, soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. 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"/> |
| 18. 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"/> |
| 19. Recomendaría los servicios a un amigo/a que necesita ayuda similar.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Ahora pensando en los servicios que recibí, ¿cuántos fueron por telesalud (por teléfono o videoconferencia)?<br><input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Muy poco <input type="radio"/> Aproximadamente la mitad <input type="radio"/> Casi todos <input type="radio"/> Todos |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| 21. ¿Qué tan útiles fueron tus visitas de telesalud en comparación con las visitas tradicionales en persona?<br><input type="radio"/> Mucho mejor <input type="radio"/> Un poco mejor <input type="radio"/> Casi lo mismo <input type="radio"/> Un poco peor <input type="radio"/> No aplica |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| 22. Por favor, háganos saber sus comentarios. ¿Qué fue lo más útil de este programa? ¿Qué cambiaría del programa?<br>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.

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 23. ¿Cuál es tu género?<br>Por favor, selecciona todas las que apliquen<br><input type="radio"/> Hombre<br><input type="radio"/> Mujer<br><input type="radio"/> Transgénero: Femenino a Masculino<br><input type="radio"/> Transgénero: Masculino a Femenino<br><input type="radio"/> No-binario (ni masculino ni femenino)<br><input type="radio"/> Otra identidad de género | 25. ¿Eres mexicano (a)/hispano (a)/ latino descendiente?<br><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido   |  |  |
| 24. Te consideras a ti mismo como:<br>Por favor, selecciona todas las que apliquen<br><input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Queer<br><input type="radio"/> Gay o Lesbiana <input type="radio"/> Otra orientación sexual<br><input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Desconocido  | 26. Raza/Etnicidad:<br>Por favor, selecciona todas las que apliquen<br><input type="radio"/> Indio Americano / Nativo de Alaska<br><input type="radio"/> Asiático<br><input type="radio"/> Negro/Afroamericano<br><input type="radio"/> Nativo de Hawái / Islas del Pacífico<br><input type="radio"/> Blanco/ Caucásico<br><input type="radio"/> Otra raza<br><input type="radio"/> Desconocido |  |  |
| 27. Edad:   | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>   |  |  |
|   |   |  |  |

38570

¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!