

# 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"/>					
2. Los servicios estaban disponibles en horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>					
3. Tuve una buena experiencia inscribiéndome en el tratamiento.	<input type="radio"/>					
4. Mi consejero/a y yo trabajamos juntos en metas de tratamiento.	<input type="radio"/>					
5. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>					
6. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>					
7. Siento que mi consejero/a se tomó el tiempo para escuchar lo que yo tenía que decir.	<input type="radio"/>					
8. Desarrollé una relación positiva y de confianza con mi consejero/a.	<input type="radio"/>					
9. El personal fue sensible a mis orígenes culturales (raza, religión, idioma, etc.).	<input type="radio"/>					
10. Siento que mi consejero/a estaba sinceramente interesado/a en mí y me entendía.	<input type="radio"/>					
11. Me gustó mi consejero/a aquí.	<input type="radio"/>					
12. Mi consejero/a es capaz de ayudarme.	<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"/>					
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"/>					
15. Mi consejero proporcionó los servicios necesarios para mi familia.	<input type="radio"/>					
16. Como resultado de los servicios que recibí, soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.	<input type="radio"/>					
17. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, siento menos deseo de consumir drogas y alcohol.	<input type="radio"/>					
18. En general, estoy satisfecho con los servicios que recibí.	<input type="radio"/>					
19. Recomendaría los servicios a un amigo/a que necesita ayuda similar.	<input type="radio"/>					

20. Ahora pensando en los servicios que recibí, ¿cuántos fueron por telesalud (por teléfono o videoconferencia)?

Ninguno  Muy poco  Aproximadamente la mitad  Casi todos  Todos

21. ¿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

22. 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.

23. ¿Cuál es tu género?

Por favor, selecciona todas las que apliquen

- Hombre  
 Mujer  
 Transgénero: Femenino a Masculino  
 Transgénero: Masculino a Femenino  
 No-binario (ni masculino ni femenino)  
 Otra identidad de género

24. Te consideras a ti mismo como:

Por favor, selecciona todas las que apliquen

- Heterosexual  Queer  
 Gay o Lesbiana  Otra orientación sexual  
 Bisexual  Desconocido

25. ¿Eres mexicano (a)/hispano (a)/ latino descendiente?

Sí  No  Desconocido

26. Raza/Etnicidad:

Por favor, selecciona todas las que apliquen

- Indio Americano / Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro/Afroamericano  
 Nativo de Hawái / Islas del Pacífico  
 Blanco/ Caucásico  
 Otra raza  
 Desconocido

27. Edad:

--	--

38570



¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!