

Encuesta de la percepción del tratamiento (Adulto)

Print PDF as needed.
Do not photocopy!

Uso solamente del condado / proveedor

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



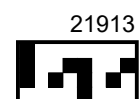
• Por favor, responda estas preguntas sobre su experiencia en este programa para ayudar a mejorar los servicios. Sus respuestas son confidenciales y no influirán en los servicios que recibe actualmente o futuro.

• Si la pregunta es acerca de algo que no ha experimentado, complete el círculo para "No aplica".

• Sus respuestas deben poder ser leídas por una computadora. Por eso, utilice un bolígrafo, rellene el círculo completamente y elija sólo una respuesta para cada pregunta.

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. 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"/> |
| 9. 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"/> |
| 10. 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"/> |
| 11. Me sentí bienvenido (a) aquí. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. 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"/> |
| 13. 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"/> |
| 14. 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"/> |



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

- Ninguno Muy poco Aproximadamente la mitad Casi todos Todos

16. 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.

17. ¿Durante cuánto tiempo usted recibió servicios en este lugar?

- Primera visita/día 2 semanas o menos Más de 2 semanas

18. Identidad de género (Favor de marcar todas las que correspondan):

- Mujer Hombre Transgenero Otra identidad de género

19. Raza/Etnicidad (Favor de marcar todas las que correspondan):

- Indio Americano/Nativo de Alaska Latinx Otros
 Asiático Nativo de Hawái/Islands del Pacífico
 Negro/Afroamericano Blanco Desconocido

20. Rango de edad: 18-25 26-35 36-45 46-55 56+

¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!

21913

