

Encuesta de la percepción del tratamiento (Jóvenes)

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, 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 que indica "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 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/etnia, 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"/>



55165



	Muy de acuerdo	De acuerdo	Soy imparcial	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
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. En general, estoy satisfecho/a con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. 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"/>
19. Ahora pensando en los servicios que recibí, ¿cuántos fueron por telesalud (por teléfono o videoconferencia)?						
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

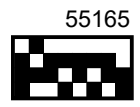
20. Háganos saber sus comentarios. ¿Qué fue lo más útil de este programa? ¿Qué cambiaría sobre este programa?

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.

21. ¿Durante cuánto tiempo usted recibió servicios en este lugar?
 Menos de 1 mes 1 - 5 meses 6 meses o más
22. Identidad de género (Favor de marcar todas las que correspondan):
 Mujer Hombre Transgenero Otra identidad de género
23. Raza/Etnicidad (Marque todas las que correspondan.)
 Indio Americano/Nativo de Alaska Latinx Otros
 Asiático Nativo de Hawái/Islands del Pacífico
 Negro/Afroamericano Blanco Desconocido

24. Edad:



¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!