

Encuesta de la Percepción del Tratamiento (Adultos)

Print PDF as needed.

2024

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

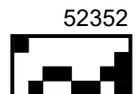
• Por favor responde a estas preguntas acerca de tu experiencia en el programa para ayudarnos a mejorar nuestros servicios. Utiliza "No aplica" si la pregunta es sobre algo que no has experimentado. Tus respuestas son confidenciales y no influirán en el servicio actual o futuro.

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



17. Ahora pensando en los servicios que recibí, ¿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!

52352

