

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

• يرجى الإجابة على هذه الأسئلة حول تجربتك في هذا البرنامج للمساعدة في تحسين الخدمات. استخدم "لا ينطبق" إذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تجرب به إجاباتك سرية ولن تؤثر على الخدمة الحالية أو المستقبلية.

• الرجاء ملء الدائرة بالكامل. صحيح غير صحيح لا أوافق بشدة أنا محايد لا أوافق غير قابل للتطبيق

غير قابل للتطبيق
لا أوافق بشدة
أنا محايد
لا أوافق
موافق بشدة

1. موقع الخدمات كان مناسباً بالنسبة لي.
2. كانت الخدمات متوفرة في أوقات مناسبة بالنسبة لي.
3. خبرتي كانت جيدة في الالتحاق بالعلاج.
4. لقد عملت أنا و مستشاري معاً من أجل أهداف العلاج.

5. تلقيت خدمات كانت مناسبة لي.
6. عاملني الموظفون باحترام.
7. أشعر أن مستشاري أخذ الوقت للاستماع إلى ما كان علي قوله.
8. لقد طورت علاقة إيجابية وثقة مع مستشاراتي.

9. كان الموظفون حساسين لخلفيتنا الثقافية (العرق، الدين، اللغة، وما إلى ذلك).
10. أشعر أن مستشاري كان يهتم بي بإخلاص وفهمني.
11. أحببت مستشاري هنا.
12. مستشاري قادر على مساعدتي.

13. نا يتأكدون من تلبية احتياجاتي الصحية والعاطفية (إختبارات بدنية مكتئب المزاج، وما إلى ذلك).
14. ساعدني الموظفون هنا في القضايا والأمور الأخرى التي تتعلق بالنظم القانونية / فترة المراقبة، والنظم الأسرية والتعليمية.
15. وقدم مستشاري الخدمات اللازمة لعائلتي.

16. كنتيجة للخدمات التي تلقيتها ، أصبحت أقدر على القيام بأشياء أريد القيام بها.
17. كنتيجة مباشرة للخدمات التي ألقاها، أشعر برغبة أقل في المخدرات والكحول.
18. بشكل عام. أنا راضٍ عن الخدمات التي تلقيتها.
19. سوف أوصي بالخدمات للأصدقاء الذين يحتاجون إلى مساعدة مماثلة.



20. الآن بالتفكير في الخدمات التي تلقيتها ، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحية عن بعد (عبر الهاتف أو مؤتمرات الفيديو)؟

○ لا شيء ○ قليل جدا ○ حوالي النصف ○ الكل تقريبا ○ الكل

21. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بُعد مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟

○ أفضل بكثير ○ أفضل إلى حد ما ○ نفس الشيء تقريبا ○ أسوأ إلى حد ما ○ غير قابل للتطبيق

22. يرجى إعلامنا بتعليقاتك. ما هو الأكثر فائدة حول هذا البرنامج؟ ماذا يمكنك التغيير حول هذا البرنامج؟

يرجى عدم كتابة أي معلومات قد تحدد هويتك. على سبيل المثال ، لا تكتب اسمك أو رقم هاتفك

أخبرنا الآن قليلاً عن نفسك

23. ما هو جندرك (يرجى اختيار كل ما ينطبق)؟

○ ركذ ○ ركذ
○ إنثي ○ إنثي
○ غير ثنائي (لا ذكر ولا أنثى) ○ هوية جندرية أخرى
○ متحول جنسيا: أنثى إلى ذكر ○ متحول جنسيا: ذكر إلى أنثى

24. هل تفكر في نفسك على النحو التالي (يرجى اختيار كل ما ينطبق):

○ مستقيم/محب للجنس الآخر ○ مختلف
○ لوطي أو سحاقية ○ متوجّه جنسي آخر
○ مزدوج الميول الجنسية ○ غير معروف

25. هل أنت من أصل مكسيكي / إسباني / لاتيني؟

○ نعم ○ ال ○ غير معروف

26. العرق / الأصل (يرجى اختيار كل ما ينطبق):

○ أمريكي هندي / مواطن أصلي من ألاسكا ○ أبيض/قوقازي
○ آسيوي ○ عرق آخر
○ أسود / أمريكي أفريقي ○ غير معروف
○ مواطن من هاواي / من جزر المحيط الهادئ

27. العمر:

--	--

30583

أشكركم على أخذ الوقت للرد على هذه الأسئلة !