

استطلاع الانطباعات عن العلاج (للبالغين)

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

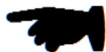
County / Provider
Use Only

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 ☒ ☓ ○

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

○ ○ ○ ○ ○ ○

1. وكان المكان مناسب (لوسائل النقل العام، وبعد المسافة و موقف للسيارات، الخ).

○ ○ ○ ○ ○ ○

2. وكانت الخدمات متاحة عندما احتجت إلي.

○ ○ ○ ○ ○ ○

3. اخترت أهداف العلاج بمساعدة المسئول.

○ ○ ○ ○ ○ ○

4. أعطاني الموظفون وقتاً كافياً في جلسات العلاج.

○ ○ ○ ○ ○ ○

5. عاملني الموظفون باحترام.

○ ○ ○ ○ ○ ○

6. كلمني الموظفون بطريقة مفهومة .

○ ○ ○ ○ ○ ○

7. كان الموظفون حساسين لخلفيتنا الثقافية

○ ○ ○ ○ ○ ○

(العرق، الدين، اللغة، وما إلى ذلك) .

○ ○ ○ ○ ○ ○

8. وقد شعرت بالترحيب هنا.

○ ○ ○ ○ ○ ○

9. كنتيجة مباشرة للخدمات التي ألتقاها أستطيع القيام بالأشياء التي أريد القيام بها.

○ ○ ○ ○ ○ ○

10. كنتيجة مباشرة للخدمات التي ألتقاها، أشعر برغبة أقل في المخدرات والكحول.

○ ○ ○ ○ ○ ○

11. يعمل الموظفون هنا مع مسئولي رعايتي الصحية لتوفير الدعم الصحي.

○ ○ ○ ○ ○ ○

12. يعمل الموظفون هنا مع مقدمي الرعاية الصحية العقلية لتوفير الدعم الصحي.

○ ○ ○ ○ ○ ○

13. ساعدني الموظفون هنا على التواصل مع خدمات أخرى حسب الحاجة (الخدمات الاجتماعية والسكن وما إلى ذلك) .

○ ○ ○ ○ ○ ○

14. بشكل عام. أنا راضٍ عن الخدمات التي تلقيتها.

○ ○ ○ ○ ○ ○

15. كنت قادراً على الحصول على كل المساعدة / الخدمات التي كنت بحاجة إليها.

○ ○ ○ ○ ○ ○

16. أوصي بهذه الهيئة للأصدقاء أو أفراد العائلة .



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

○ لا شيء ○ قليل جداً ○ حوالي النصف ○ الكل تقريباً ○ الكل

18. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بُعد مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟
○ أفضل بكثير ○ أفضل إلى حد ما ○ نفس الشيء تقريباً ○ أسوأ إلى حد ما ○ غير قابل للتطبيق

19. يرجى ترك تعليقات إضافية حول تجربتك العلاجية. لا تكتب أي معلومات قد تكشف هويتك على سبيل المثال لا تكتب اسمك أو رقم هاتفك. لا تستخدم هذه المساحة للإبلاغ عن حالة طوارئ أو كارثة. للحصول على مساعدة فورية، يرجى الاتصال بمقدم الرعاية الصحية الخاص بك أو الاتصال برقم الطوارئ 911.

أخبرنا الآن قليلاً عن نفسك

20. ما جنسك؟

○ ذكر ○ أنثى

21. الفئة العمرية:

○ 18-25 ○ 26-35 ○ 36-45 ○ 46-55 ○ 56-64 ○ 65+

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

○ نعم ○ لا ○ غير معروف

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

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

60654

أشكركم على أخذ الوقت للرد على هذه الأسئلة !