

(для взрослых)

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

- Пожалуйста, ответьте на эти вопросы о своем опыте участия в этой программе, чтобы помочь улучшить обслуживание. Используйте ответ «Неприменимо», если вопрос касается чего-то, с чем вы не сталкивались. Ваши ответы конфиденциальны и не повлияют на ваше теку.

- Пожалуйста, заполните
кружки полностью.



Верный



Неверно



Полностью согласен

Согласен

Отношусь нейтрально

Не согласен

Совсем не согласен

Не применимо

- Местоположение было удобным (общественный транспорт, расстояние, парковка и т.д.).
- Услуги предоставлялись по мере их потребности.
- Я выбрал цели лечения с помощью моего поставщика услуг.
- Персонал предоставлял мне достаточно времени для сеансов лечения.

- Персонал относился ко мне с уважением.
- Персонал разговаривал со мной понятно и доходчиво.
- Персонал относился с уважением к моим культурологическим особенностям (раса, религия, язык и т.д.).
- Отношение ко мне было дружелюбным.

- В результате оказанных услуг у меня все стало получаться лучше.
- Благодаря услугам, которые я получаю, я чувствую меньшую тягу к наркотикам и алкоголю.
- Для поддержания моего здоровья персонал работает здесь с моими поставщиками медицинских услуг.
- Для поддержания моего здоровья персонал работает здесь с моими поставщиками услуг в области психического здоровья.

- Сотрудники здесь помогли мне получить доступ к другим услугам по мере необходимости (социальные службы, жилье и т. д.).
- В целом я удовлетворен оказанными мне услугами.
- Я смог получить всю необходимую мне помощь и услуги.
- Я бы рекомендовал это агентство другу и члену семьи.

38776

17. Вспомните о полученных услугах, какая часть из них была через telehealth (по телефону или через видео-конференцию)?
☐ Нисколько ☐ Очень мало ☐ Примерно половина ☐ Почти все ☐ Все
18. Насколько полезными были ваши телемедицинские консультации по сравнению с традиционными личными визитами?
☐ Намного лучше ☐ Несколько лучше ☐ Примерно такой же ☐ Несколько хуже
☐ Не применимо
19. Пожалуйста, оставьте дополнительные комментарии о вашем опыте лечения. НЕ указывайте никакой информации, по которой вас можно было бы идентифицировать, например, НЕ указывайте своё имя или номер телефона. НЕ используйте это поле для сообщения о чрезвычайной или кризисной ситуации. Для получения немедленной помощи обратитесь к своему лечащему врачу или позвоните по номеру 911.

Теперь расскажите немного о себе.

20. Укажите ваш пол.
☐ Мужской ☐ Женский
21. Возрастной диапазон:
☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65+
22. Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения?
☐ да ☐ Нет ☐ Неизвестно
23. Расовая/этническая принадлежность (Пожалуйста, выберите все относящиеся):
☐ Американский индеец/происхождением из Аляски
☐ Белый / европеоидная раса
☐ Темнокожий/афроамериканец
☐ Гаваец/регион тихоокеанских островов
☐ Другая раса
☐ Азиат
☐ Неизвестно

Благодарим за затрату вашего времени на ответы!

38776