

Encuesta de la Percepción del Tratamiento

FOR PRINT ONLY – DO NOT PHOTOCOPY 2026

(Adultos)

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

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

56911



17. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿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, escriba comentarios adicionales sobre su experiencia con el tratamiento. **NO** escriba información que pueda identificarlo, por ejemplo, **NO** escriba su nombre ni su número de teléfono. **NO** use este espacio para reportar una emergencia o una crisis. Si necesita ayuda inmediata, comuníquese con su proveedor de tratamiento o llame al 911.

Ahora puede hablarnos un poco de usted.

20. ¿Cuál es su sexo?
☐ Masculino ☐ Femenino
21. Rango de edad:
☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65+
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

¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!

56911