

Encuesta de la Percepción del Tratamiento

FOR PRINT ONLY – DO NOT PHOTOCOPY 2026

(Adultos)

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 ● Incorrecto ⊙ ⊗ ✓

Muy de acuerdo
De acuerdo
Soy imparcial
En desacuerdo
Muy en desacuerdo
No aplica

- El lugar estuvo conveniente (transporte público, distancia, estacionamiento, etc.).
- Los servicios estaban disponibles cuando los necesité.
- Elegí las metas del tratamiento con la ayuda de mi proveedor.
- El personal me dio suficiente tiempo en mis sesiones de tratamiento.
- El personal me trató con respeto.
- El personal me habló de una manera que yo lo entendí.
- El personal fue sensible a mis orígenes culturales (raza, religión, idioma, etc.).
- Me sentí bienvenido(a) aquí.
- Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, puedo hacer mejor las cosas que quiero hacer.
- Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, siento menos deseo de consumir drogas y alcohol.
- El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud física para apoyar mi bienestar.
- El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud mental para apoyar mi bienestar.
- El staff aquí me ayudó a conectar con otros servicios según fuera necesario (servicios sociales, vivienda, etc.).
- En general, estoy satisfecho con los servicios que recibí.
- Pude obtener toda la ayuda / servicios que necesitaba.
- Yo recomendaría esta agencia a un amigo o miembro de la familia.
- Ahora pensando en los servicios que recibí, ¿cuántos fueron por telesalud (por teléfono o videoconferencia)?
☐ Ninguno ☐ Muy poco ☐ Aproximadamente la mitad ☐ Casi todos ☐ Todos
- ¿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
- 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.

- ¿Cuál es su sexo?
☐ Masculino ☐ Femenino
- Rango de edad:
☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45
☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65+
- ¿Eres mexicano (a)/hispano (a)/ latino descendiente?
☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido
- Raza/Etnicidad:
Por favor, selecciona todas las que apliquen
☐ Indio Americano / Nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Negro/Afroamericano
☐ Nativo de Hawái / Islas del Pacífico
☐ Blanco/ Caucásico
☐ Otra raza
☐ Desconocido

52407

¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!