

(May Gulang)

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

- **Paki-sagot ang mga tanong na ito tungkol sa iyong karanasan sa programang ito upang makatulong sa pagbuti ng mga serbisyo. Gamitin ang "Hindi Angkop" kung ang tanong ay tungkol sa bagay na hindi mo pa nararanasan. Ang iyong mga sagot ay kumpidensyal at hi.**

- Pakipuno ang mga espasyo.



Tama ●

Hindi tama ☉ ☒ ☑

Malakas na Sang-Ayon
Sang-Ayon
Ako ay walang kinikilingan
Hindi Sang-Ayon
Malakas na Hindi Sang-Ayon
Hindi Nauukol

1. Ang lokasyon ay naging maginhawa (publikong transportasyon, distansya, paradahan, atbp.).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ang mga serbisyo ay nakuha ko ng kinailangan ko ang mga ito.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Pinili ko ang mga layunin sa pagpapagamot kasama ang tulong ng aking tagapagkaloob.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ang mga tauhan ay nagibigay ng sapat na panahon sa aking mga sesyon ng gamutan.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ang mga tauhan ay pinakitunguhan ako ng may respeto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ang mga tauhan ay nakipag-usap sa akin sa paraang aking naintindihan.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ang mga tauhan ay sensitibo sa aking kulturang kinagisanan (lahi, relihiyon, wika, atbp.).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Naramdaman ko ang mabuting pagtanggap dito.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Bilang tumbas na resulta ng mga serbisyo na aking natatanggap, mas nakakaya kong gawin ang mga bagay na gusto kong gawin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Dahil sa mga serbisyong natanggap ko, nabawasan ang pagnanasa ko sa droga at alak.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ang mga tauhan dito ay nagtatrabaho kasama ng mga tagapagkaloob ng pag-aalaga sa aking kalusugang pisikal upang masuportahan ang aking pagpapagaling.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ang mga tauhan dito ay nagtatrabaho kasama ng mga tagapagkaloob ng pag-aalaga sa aking kalusugang pang-isip upang masuportahan ang aking pagpapagaling.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ang mga tauhan dito ay nakatulong sa aking maka-konekta sa ibang serbisyong kelangan (serbisyong panlipunan, pabahay, at iba pa.).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Higit sa lahat, nasiyahan ako sa sebisiyong natanggap ko.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Nakuha ko ang lahat ng tulong/mga serbisyo na kailangan ko.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Aking irekomenda ang ahensya na ito sa aking kaibigan o miyembro ng pamilya.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

49491

17. Ngayon, habang iniisip ang tungkol sa mga serbisyong natanggap mo, gaano karami sa mga ito ang sa pamamagitan ng telehealth (sa pamamagitan ng telepono o video-conferencing)?
☐ Wala ☐ Napakakaunti ☐ Mga kalahati ☐ Halos lahat ng ☐ Lahat
18. Gaano nakatulong ang iyong mga telehealth visits kumpara sa mga tradisyonal na personal na pagbisita?
☐ Mas maganda/Mas maayos ☐ Medyo mas maayos ☐ Medyo parehas ☐ Medyo mas malala
☐ Hindi Nauukol
19. Pakisuyong mag-iwan ng mga karagdagang komento tungkol sa iyong karanasan sa paggagamot. **HUWAG** isulat ang anumang impormasyon na puwedeng magpakilala sa iyo, halimbawa, **HUWAG** isulat ang pangalan mo o numero mo sa telepono. **HUWAG** gamitin ang espasyong ito para mag-ulat ng emergency o krisis. Para sa agarang tulong, pakisuyong kontakin ang iyong tagapagbigay ng paggagamot o 911.

Ngayon ipaalam sa amin ang tungkol sa iyong sarili.

20. Ano ang iyong kasarian?
☐ Lalake ☐ Babae
21. Edad na Pagitan: ☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65+
22. Ikaw ba'y may lahing Mexicano/ Kastila/ Latino? ☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi Alam
23. Lahi/Etniko (Mangyaring piliin ang lahat ng naaangkop):
☐ Amerikanong Indian/Tubong Alaska ☐ White (Puti) /Caucasian
☐ Asiano ☐ Ibang/Iba pang lahi
☐ Itim/Afrikanong Amerikano ☐ Hindi Alam
☐ Tubong Hawaii/Isang Pasipika

49491

Salamat sa inyong panahong ginamit upang sagutin itong mga tanong!