

Encuesta de la Percepción del Tratamiento

FOR PRINT ONLY – DO NOT PHOTOCOPY 2026

(Jovenes)

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

- | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. El lugar de los servicios estuvo conveniente para mí. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Los servicios estaban disponibles en horarios que eran convenientes para mí. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Tuve una buena experiencia inscribiéndome en el tratamiento. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Mi consejero/a y yo trabajamos juntos en metas de tratamiento. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. El personal me trató con respeto. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Siento que mi consejero/a se tomó el tiempo para escuchar lo que yo tenía que decir. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Desarrollé una relación positiva y de confianza con mi consejero/a. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. El personal fue sensible a mis orígenes culturales (raza, religión, idioma, etc.). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Siento que mi consejero/a estaba sinceramente interesado/a en mí y me entendía. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Me gustó mi consejero/a aquí. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. Mi consejero/a es capaz de ayudarme. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. El personal aquí se asegura de que se cumplan mis necesidades de salud y salud emocional (exámenes físicos, estado de ánimo depresivo, etc.). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. El personal aquí me ayudó con otras cuestiones y preocupaciones que tenía relacionadas con el sistema legal /libertad condicional, familiar y los sistemas educativos. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. Mi consejero proporcionó los servicios necesarios para mi familia. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. Como resultado de los servicios que recibí, soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, siento menos deseo de consumir drogas y alcohol. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18. En general, estoy satisfecho con los servicios que recibí. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19. Recomendaría los servicios a un amigo/a que necesita ayuda similar. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

20. Ahora pensando en los servicios que recibí, ¿cuántos fueron por telesalud (por teléfono o videoconferencia)?

☐ Ninguno ☐ Muy poco ☐ Aproximadamente la mitad ☐ Casi todos ☐ Todos

21. ¿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

22. 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.

23. ¿Cuál es su sexo?

☐ Masculino ☐ Femenino

24. Edad:

--	--

25. ¿Eres mexicano (a)/hispano (a)/ latino descendiente?

☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

26. 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

43300

¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!