

(Չափահասների)

County / Provider

Use Only

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

Treatment Setting: ☐ OP/IOP ☐ Residential ☐ OTP/NTF ☐ Detox/WM (standalone) ☐ Partial hospitalization

- Մեր ծառայությունները բարելավելու համար խնդրում ենք պատասխանել ծրագրի վերաբերյալ մի քանի հարցի: Այն հարցերին, որոնց հետ չեք առնչվել, պատասխանե՛ք՝ «Դժվարանում եմ պատասխանել»:

- Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել շրջանակը:



Իշտ է



Միսալ է



Կարողանալու համաձայն

Համաձայն եմ

Ես Չեզոք եմ

Համաձայն չեմ

Ուժեղին անհամաձայն եմ

Չի վերաբերում

1. Սպասարկման վայրը հարմար էր ինձ համար:
2. Սպասարկությունները առաջարկվում էին ինձ հարմար ժամերին:
3. Ես լավ փորձառություն եմ ունեցել բուժման առձանագրվելիս:
4. Իմ խորհրդատուն և ես միասին աշխատեցինք բուժման նպատակների մասին:
5. Ես սպասարկություններ եմ ստացել որոնք ճիշդ էին ինձ համար:
6. Աշխատակազմը ինձ հետ վերաբերվում էր հարգանքով:
7. Ես զգում եմ որ իմ խորհրդատուն ժամանակ հատկացրեց լսելու թե ինչ եմ ասում:
8. Ես մշակեցի դրական, վստահելի հարաբերություն իմ խորհրդատուի հետ:
9. Աշխատակազմն զգայուն էր իմ մշակույթի (ռասայի, կրոնի, լեզվի, եւ այլն) նկատմամբ:
10. Ես զգում եմ որ իմ խորհրդատուն անկեղծորեն հետաքրքրված էր ինձանով և հասկանում էր ինձ:
11. Ես այստեղի իմ խորհրդատուին հավանել եմ:
12. Իմ խորհրդատուն կարողությունը ունի ինձ օգնելու:
13. Այստեղի աշխատակազմը վստահեցնում է, որ իմ առողջական և հոգեկան կարիքները բավարարվեն (Ֆիզիքական ստուգումներ, հոգեկան ընկնվածություն, և այլն):
14. Այստեղի աշխատակազմը օգնել է ինձ այլ հարցերով և մտահոգություններով որոնք ունեցել եմ, առնչված օրենքի/փորձաշրջանի (փորձելիքի), ընտանիքի և ուսումնական ծրագրերի կապակցությամբ:
15. Իմ խորհրդատուն անհրաժեշտ սպասարկություններ տրամադրել է իմ ընտանիքին:
16. Իմ ստացած սպասարկությունների պատճառով, ավելի լավ կարող եմ իմ ուզածը անել:
17. Ինձ մատուցված ծառայությունների արդյունքում ավելի քիչ եմ հակված թմրանյութեր և ալկոհոլ օգտագործելուն:
18. Ընդհանուր առմամբ ես գոհ եմ ստացած ծառայություններից:
19. Ես խորհուրդ կտամ որևէ ընկերոջ գործածել այս օգնությունը, եթե կարիք է ունենում նույնանման սպասարկության:
20. Մտաբերելով ձեր ստացած սպասարկությունները, դրանցից ո՞րքանը տեղի է ունեցել թելեհեյթի միջոցով (հեռախոսով կամ վիդեոկոնֆերանսով):
☐ Ոչ մեկը ☐ Ծառ քիչը ☐ Մոտավորապես կեսը ☐ Գրեթե բոլորը ☐ Բոլորը
21. Ինչանո՞վ եք արդյունավետ համարում հեռահար առողջապահական այցելությունները, անմիջական այցելությունների համեմատ:
☐ Ծառ ավելի լավ ☐ Ավելի լավ ☐ Մոտավորապես նույնը ☐ Ավելի վատ ☐ Չի վերաբերում
22. Խնդրում ենք թողնել լրացուցիչ մեկնաբանություններ ձեր բուժման փորձի մասին: **ՄԻ՝** գրեք որևէ տեղեկություն, որը կարող է ձեզ նույնականացնել, օրինակ՝ **ՄԻ՝** գրեք ձեր անունը կամ հեռախոսահամարը: **ՄԻ՝** օգտագործեք այս տարածքը արտակարգ իրավիճակի կամ ճգնաժամի մասին հաղորդում տալու համար: Անմիջապես օգնությաուն ստանալու համար խնդրում ենք կապ հաստատել ձեր բուժօգնության մատակարարի հետ կամ զանգահարել 911:

Հիմա՝ մի քիչ պատմեք ձեր մասին:

23. Ո՞րն է ձեր սեռը
☐ Արական ☐ Իգական
24. Տարիք:
25. Մեքսիկացի՞ եք /իսպանախոս՞/ լատինաամերիկյան ծագո՞ւմ ունեք:
☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Անտեղյակ
26. Ցեղ/Էթնիկություն (Խնդրեմ նշեք այն բոլորը որոնք ձեզ են վերաբերում):
☐ Ամերիկացի Հնդիկ/Ալապացի Բնիկ ☐ Սպիտակ/Եվրոպոիդ
☐ Ասյական ☐ Այլ ռասա
☐ Սեւ/Աֆրիկացի Ամերիկացի ☐ Անտեղյակ
☐ Բնիկ Հավայցի/Բասիֆիկի կղզիներից

36786

Ծնորհակալ ենք, որ ժամանակ տրամադրում էք հարցերին պատասխանելու