

Encuesta de la Percepción del Tratamiento

FOR PRINT ONLY – DO NOT PHOTOCOPY 2026

(Jovenes)

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 ●

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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

48029



20. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿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 (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!

48029