

# Encuesta de la percepción del tratamiento (Adulto)

Print PDF as needed.  
Do not photocopy!

Uso solamente del condado / proveedor

CalOMS Provider ID (required)

--	--	--	--	--	--

Program Reporting Unit (if required by your county):

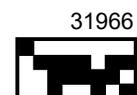
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Treatment Setting (required):  OP/IOP  Residential  OTP/NTP  Detox/WM (standalone)  Partial hospitalization

- Por favor conteste estas preguntas sobre su experiencia en este programa.
- Si la pregunta es acerca de algo que no ha experimentado, complete el círculo para "No aplicable".
- **NO ESCRIBA SU NOMBRE EN ESTE FORMULARIO.**
- Sus respuestas deben poder ser leídas por una computadora. Por eso, utilice un bolígrafo, rellene el círculo completamente y elija sólo una respuesta para cada pregunta.



	Muy de acuerdo	De acuerdo	Soy imparcial	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
1. El lugar estuvo conveniente (transporte público, distancia, estacionamiento, etc.).	<input type="radio"/>					
2. Los servicios estaban disponibles cuando los necesité.	<input type="radio"/>					
3. Elegí las metas del tratamiento con la ayuda de mi proveedor.	<input type="radio"/>					
4. El personal me dio suficiente tiempo en mis sesiones de tratamiento.	<input type="radio"/>					
5. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>					
6. El personal me habló de una manera que yo lo entendí.	<input type="radio"/>					
7. El personal fue sensible a mis orígenes culturales (raza, religión, idioma, etc.).	<input type="radio"/>					
8. El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud física para apoyar mi bienestar.	<input type="radio"/>					
9. El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud mental para apoyar mi bienestar.	<input type="radio"/>					
10. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, puedo hacer mejor las cosas que quiero hacer.	<input type="radio"/>					
11. Me sentí bienvenido (a) aquí.	<input type="radio"/>					
12. En general, estoy satisfecho con los servicios que recibí.	<input type="radio"/>					
13. Pude obtener toda la ayuda / servicios que necesitaba.	<input type="radio"/>					
14. Yo recomendaría esta agencia a un amigo o miembro de la familia.	<input type="radio"/>					



## Comentarios

*Por favor, no escriba ninguna información que pueda identificarle, incluyendo pero no se limita a su nombre y / o número de teléfono.*

**Favor de responder a las siguientes preguntas.**

1. ¿Durante cuánto tiempo usted recibió servicios en este lugar?  
 Primera visita/día    2 semanas o menos    Más de 2 semanas
  
2. Identidad de género (Favor de marcar todas las que correspondan):  
 Mujer    Hombre    Transgenero    Otra identidad de género  
 Declinar a responder
  
3. Raza/Etnicidad (Marque todas las que correspondan.)  
 Indio Americano/Nativo de Alaska    Latino    Otros  
 Asiático    Nativo de Hawái/Islands del Pacífico  
 Negro/Afroamericano    Blanco/Caucásico    Desconocido
  
4. Rango de edad:    18-25    26-35    36-45    46-55    56+

**¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!**

31966

