

Encuesta de la percepción del tratamiento (Jóvenes)

Print PDF as needed.
Do not photocopy!

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 conteste estas preguntas sobre su experiencia en este programa.
- Si la pregunta es acerca de algo que no ha experimentado, complete el círculo que indica "No aplica."



- **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 de los servicios estuvo conveniente para mí. | <input type="radio"/> |
| 2. Los servicios estaban disponibles en horarios que eran convenientes para mí. | <input type="radio"/> |
| 3. Tuve una buena experiencia inscribiéndome en el tratamiento. | <input type="radio"/> |
| 4. Mi consejero/a y yo trabajamos juntos en metas de tratamiento. | <input type="radio"/> |
| 5. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | <input type="radio"/> |
| 6. El personal me trató con respeto. | <input type="radio"/> |
| 7. Siento que mi consejero/a se tomó el tiempo para escuchar lo que yo tenía que decir. | <input type="radio"/> |
| 8. Desarrollé una relación positiva y de confianza con mi consejero/a. | <input type="radio"/> |
| 9. El personal fue sensible a mis orígenes culturales (raza/etnia, religión, idioma, etc.). | <input type="radio"/> |
| 10. Siento que mi consejero/a estaba sinceramente interesado/a en mí y me entendía. | <input type="radio"/> |
| 11. Me gustó mi consejero/a aquí. | <input type="radio"/> |
| 12. Mi consejero/a es capaz de ayudarme. | <input type="radio"/> |
| 13. El personal aquí se asegura de que se cumplan mis necesidades de salud y salud emocional (exámenes físicos, estado de ánimo depresivo, etc.). | <input type="radio"/> |
| 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. | <input type="radio"/> |



3730



	Muy de acuerdo	De acuerdo	Soy imparcial	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
15. Mi consejero proporcionó los servicios necesarios para mi familia.	<input type="radio"/>					
16. Como resultado de los servicios que recibí, soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.	<input type="radio"/>					
17. En general, estoy satisfecho/a con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>					
18. Recomendaría los servicios a un amigo/a que necesita ayuda similar.	<input type="radio"/>					

Háganos saber sus comentarios. ¿Qué fue lo más útil de este programa? ¿Qué cambiaría sobre este programa?

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?

- Menos de 1 mes 1 - 5 meses 6 meses o más

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. Edad:

¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!

