

Encuesta de la Percepción del Tratamiento (Adulto)

Home Unit
CalOMS
Provider ID

Program Reporting Unit (address):

Setting: Early Intervention OP/IOP Residential OTP/NTP Detox/WM Recovery Services

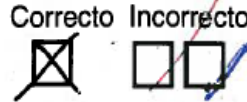
Field Based Services: Agency

Address

Por favor responda estas preguntas acerca de su experiencia en el programa para ayudarnos a mejorar nuestros servicios. Utilice "No aplica" si la pregunta es sobre algo que no ha experimentado. Sus respuestas son confidenciales y no influirán en el servicio actual o futuro. No escriba su nombre en este formulario.

Por favor, utilice una pluma negra y marque una "X" en la caja. Elija sólo una respuesta para cada pregunta.

La fecha de hoy (MM/DD/AAAA)

 / /


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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los servicios estaban disponibles cuando los necesité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Elegí las metas de intervención temprana/ tratamiento/recuperación con la ayuda de mi proveedor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El personal me dio suficiente tiempo en mis sesiones de intervención temprana/ tratamiento/recuperación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. El personal me trató con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El personal me habló de una manera que yo lo entendí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El personal fue sensible a mis orígenes culturales (raza/etnicidad, religión,idioma, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me sentí bienvenido/a aquí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, puedo hacer mejor las cosas que quiero hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, siento menos deseo de consumir drogas y alcohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud física para apoyar mi bienestar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud mental para apoyar mi bienestar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. El personal de aquí me ayudó a conectarme con otros servicios según fuera necesario (servicios sociales, vivienda, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. En general, estoy satisfecho con los servicios que recibí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pude obtener toda la ayuda / servicios que necesitaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Yo recomendaría esta agencia a un amigo/a o miembro de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me siento cómodo hablando de cualquier recaída o regreso al uso de sustancias con mi proveedor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Comencé los servicios de tratamiento por uso de sustancias con el objetivo de lograr la abstinencia total o la reducción del consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ahora pensando en los servicios que recibí, ¿Cuántos fueron por telesalud (por teléfono o videoconferencia)?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Aproximadamente la mitad <input type="checkbox"/> Casi todos <input type="checkbox"/> Todos					
20. ¿Qué tan útiles fueron sus visitas de telesalud en comparación con las visitas tradicionales en persona?	<input type="checkbox"/> Mucho mejor <input type="checkbox"/> Un poco mejor <input type="checkbox"/> Casi lo mismo <input type="checkbox"/> Un poco peor <input type="checkbox"/> No aplica					
21. Cuando entro al programa de tratamiento, ¿se le ofreció una copia del manual al paciente o le enseñaron donde encontrarlo?	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No			
22. El personal le enseñó el video de orientación al paciente?	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No			
23. Ver el video de orientación al paciente me ayudó con información que puedo usar para acceder todos los servicios del sistema de trastorno por uso de sustancias	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Soy imparcial	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> No aplica



24. Comentarios: Por favor, háganos saber sus comentarios. ¿Qué fue lo más útil de este programa?
¿Qué cambiara de este programa? Por favor, no escriba ninguna información que le identifique. Por ejemplo,
NO escriba su nombre o número de teléfono.

Ahora puede hablarnos un poco de usted.

25. ¿Durante cuánto tiempo recibió usted servicios en este lugar?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primera visita/día | <input type="checkbox"/> 2 semanas o menos |
| <input type="checkbox"/> Más de 2 semanas
Pero menos de 4 semanas | <input type="checkbox"/> 4 semanas o más |

26. Rango de edad:

27. ¿Está sin hogar?

- Sí No

28. ¿Ha recibido alguna vez servicios de incentivos de recuperación/gestión de contingencias?

- Sí, actualmente recibo servicios de incentivos de recuperacions
- Sí, en el pasado recibí servicios de incentivos de recuperación
- No, nunca he recibido servicios de incentivos de recuperación

29. ¿Cuál es su identidad de género actual? (Así es como se identifica, que puede no ser el mismo que el sexo que se le asignaron al nacer.)

- Hombre
- Mujer
- Mujer a hombre (FTM)/Hombre transgénero/ Hombre trans
- Hombre a mujer (MTF)/Mujer transgénero/Mujer trans
- Género queer/género no conforme
- Otra (especifique):
- Prefiero no declarar

30. ¿Cuál fue su sexo al nacer?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique):
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Prefiero no declarar |

31. ¿Cuál es su orientación sexual?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> Pansexual |
| <input type="checkbox"/> Lesbiana (Mujer) | <input type="checkbox"/> Asexual |
| <input type="checkbox"/> Gay (Hombre) | <input type="checkbox"/> Otra (especifique): <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Queer |
| <input type="checkbox"/> Inseguro/Preguntando/
No sé | <input type="checkbox"/> Prefiero no declarar |

32. ¿Es mexicano(a)/hispano(a)/latino/a descendiente?

- Sí No Desconocido

33. Raza/Etnicidad (Marque todas las que correspondan)

- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/Afroamericano
- Nativo de Hawái/Islands del Pacífico
- Blanco/Caucásico
- Otra (especifique):
- Prefiero no declarar

34. Estado de discapacidad (Marque todas las que correspondan)

- Físicamente incapacitado/a
- Incapacitado/a visualmente o Ciego/a
- Incapacitado/a auditivamente o Sordo/a
- Condición coexistente de salud mental
- Incapacitado/a intelectualmente o mentalmente
- Otra (especifique):
- Ninguno

35. ¿Cuál es su estado de participación en la justicia penal?

- Supervisión comunitaria posterior a la liberación (AB 109) o en libertad condicional de cualquier jurisdicción federal, estatal o local
- En espera de juicio, cargos o sentencia
- En libertad condicional de cualquier otra jurisdicción
- Cualquier otra participación en la justicia penal
- Ningun participación en la justicia penal

13486698



¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!