

Encuesta de la Percepción del Tratamiento (Adulto)

CalOMS Provider ID:

Program Reporting Unit (address):

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

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.

Sus respuestas deben poder ser leídas por una computadora. Por eso, utilice una pluma negra y marque una "X" en la caja. Elija sólo una respuesta para cada pregunta.

Correcto Incorrecto



Muy de acuerdo
De acuerdo
Soy imparcial
En desacuerdo
Muy en desacuerdo
No aplica

La fecha de hoy (MM/DD/AAAA)

1. El lugar estuvo conveniente (transporte público, distancia, estacionamiento, etc.).	<input type="checkbox"/>					
2. Los servicios estaban disponibles cuando los necesité.	<input type="checkbox"/>					
3. Elegí las metas de intervención temprana/ tratamiento/recuperación con la ayuda de mi proveedor.	<input type="checkbox"/>					
4. El personal me dio suficiente tiempo en mis sesiones de intervención temprana/ tratamiento/recuperación.	<input type="checkbox"/>					
5. El personal me trató con respeto.	<input type="checkbox"/>					
6. El personal me habló de una manera que yo lo entendí.	<input type="checkbox"/>					
7. El personal fue sensible a mis orígenes culturales (raza/etnicidad, religión, idioma, etc.).	<input type="checkbox"/>					
8. Me sentí bienvenido/a aquí.	<input type="checkbox"/>					
9. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, puedo hacer mejor las cosas que quiero hacer.	<input type="checkbox"/>					
10. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, siento menos deseo de consumir drogas y alcohol.	<input type="checkbox"/>					
11. El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud física para apoyar mi bienestar.	<input type="checkbox"/>					
12. El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud mental para apoyar mi bienestar.	<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"/>					
14. En general, estoy satisfecho con los servicios que recibí.	<input type="checkbox"/>					
15. Pude obtener toda la ayuda / servicios que necesitaba.	<input type="checkbox"/>					
16. Yo recomendaría esta agencia a un amigo/a o miembro de la familia.	<input type="checkbox"/>					
17. 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						
18. ¿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						
19. 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						
20. El personal le enseñó el video de orientación al paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
21. Ver el video de orientación al paciente me ayudó entender mejor el sistema de trastorno por uso de sustancias en el condado de Los Ángeles. <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						
22. 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						

3450354



23. 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.

24. ¿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 |

25. Rango de edad:

- 18-25 26-35 36-45 46-55 56-64 65+

26. ¿Está sin hogar?

- Sí No

27. ¿Está recibiendo servicios de incentivos de recuperación/gestión de contingencias?

- Sí No

28. ¿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

29. ¿Cuál fue su sexo al nacer?

- Femenino Masculino
 Otro (especifique): Prefiero no declarar

30. ¿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 |

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

- Sí No Desconocido

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

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

33. 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

34. ¿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

