

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 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. No escribas tu nombre en este formulario.

Por favor, utiliza una pluma negra y marca una "X" en la caja. Elije sólo una respuesta para cada pregunta.

La fecha de hoy (MM/DD/AAAA)

 / / Correcto Incorrecto 

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	<input type="checkbox"/>				

1. El lugar estuvo conveniente para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Los servicios estaban disponibles en horarios que eran convenientes para mi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Tuve una buena experiencia inscribiéndome en servicios de intervención temprana/tratamiento/servicios de recuperación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Mi consejero/a y yo trabajamos juntos en metas de intervención temprana/tratamiento/recuperación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Recibí servicios que eran adecuados para mi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. El personal me trató con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Siento que mi consejero/a se tomó el tiempo para escuchar lo que yo tenía que decir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Desarrollé una relación positiva y de confianza con mi consejero/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. El personal fue sensible a mis orígenes culturales (raza/ethnicidad, religión, idioma, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Siento que mi consejero/a estaba sinceramente interesado/a en mi y me entendía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Me gustó mi consejero/a aquí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Mi consejero/a es capaz de ayudarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Mi consejero proporcionó los servicios necesarios para mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Como resultado de los servicios que recibí, soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, siento menos ansias por las drogas y el alcohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. En general, estoy satisfecho/a con los servicios que he recibido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Recomendaría los servicios a un amigo/a que necesita ayuda similar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. 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"/>	
21. 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"/>	
22. 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	
23. ¿Qué tan útiles fueron tus 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	
24. Cuando entré 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					
25. El personal le enseñó el video de orientación al paciente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				
26. 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

9286134



27. Comentarios: Por favor, háznos saber tu comentarios. ¿Qué fue lo más útil de este programa? ¿Qué cambiarías de este programa? Por favor, no escribas ninguna información que te identifique. Por ejemplo, NO escribas tu nombre o número de teléfono.

Ahora puedes hablarnos un poco de ti

28. ¿Durante cuánto tiempo has recibido servicios en este lugar?

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

29. Edad:

--	--

30. ¿Estás sin hogar?

- Sí No

31 recuperación/gestión de contingencias?

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

32. ¿Cuál es tu identidad de género actual? (Así es como te identificas, que puede no ser el mismo que el sexo que te 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
 Otro (específica):

--

 Prefiero no declarar

33. ¿Cuál fue tu sexo al nacer?

- Femenino Masculino
 Otro (específica):

--

 Prefiero no declarar

34. ¿Cuál es tu orientación sexual?

- Heterosexual Pansexual
 Lesbiana (Mujer) Asexual
 Gay (Hombre) Otra (específique):

--

 Bisexual Queer
 Inseguro/Preguntando/ Prefiero no declarar
 No sé

35. ¿Eres mexicano(a)/hispano(a)/latino/a descendiente?

- Sí No Desconocido

36. Raza/Etnicidad (Marca todas las que te correspondan)

- Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro/Afroamericano
 Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
 Blanco/Caucásico
 Otro (específica):

--

 Prefiero no declarar

37. Estado de discapacidad (Marca todas las que te 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 (específica):

--

 Ninguno

38. ¿Cuál es tu 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
 Ninguna participación en la justicia penal

