
	Home Unit CalOMS Provider ID	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Program Reporting Unit (address)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Setting: <input type="radio"/> Early Intervention <input type="radio"/> OP/IOP <input type="radio"/> Residential <input type="radio"/> OTP/NTP <input type="radio"/> Detox/WM <input type="radio"/> Recovery Services					
Field Based Services: Agency		<input type="text"/>		Address	
		<input type="text"/>			

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)

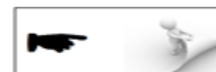
 / /

Correcto Incorrecto



	Muy de acuerdo	De acuerdo	Soy imparcial	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
1. El lugar estuvo conveniente para mí.	<input type="checkbox"/>	<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 mí.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
5. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
10. Siento que mi consejero/a estaba sinceramente interesado/a en mí y me entendía.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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 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					
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 (especifica):
☐ Prefiero no declarar

33. ¿Cuál fue tu sexo al nacer?

- ☐ Femenino ☐ Masculino
☐ Otro (especifica): ☐ Prefiero no declarar

34. ¿Cuál es tu orientación sexual?

- ☐ Heterosexual ☐ Pansexual
☐ Lesbiana (Mujer) ☐ Asexual
☐ Gay (Hombre) ☐ Otra (especifique):
☐ Bisexual ☐ Queer
☐ Inseguro/Preguntando/ No sé ☐ Prefiero no declarar

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 (especifica):
☐ 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 (especifica):
☐ 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
☐ Ningun participación en la justicia penal