

Encuesta de la Percepción del Tratamiento (Jovenes)

CalOMS Provider ID

Program Reporting Unit (address)

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

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.

Tus respuestas deben poder ser leídas por una computadora. Por eso, utiliza una pluma negra y marca una "X" en la caja. Elige 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 para mí. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Los servicios estaban disponibles en horarios que eran convenientes para mí. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tuve una buena experiencia inscribiéndome en servicios de intervención temprana/tratamiento/servicios de recuperación. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mi consejero/a y yo trabajamos juntos en metas de intervención temprana/ tratamiento/recuperación. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | <input type="checkbox"/> |
| 6. El personal me trató con respeto. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Siento que mi consejero/a se tomó el tiempo para escuchar lo que yo tenía que decir. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Desarrollé una relación positiva y de confianza con mi consejero/a. | <input type="checkbox"/> |
| 9. El personal fue sensible a mis orígenes culturales (raza/ethnicidad, religión, idioma, etc.). | <input type="checkbox"/> |
| 10. Siento que mi consejero/a estaba sinceramente interesado/a en mi y me entendía. | <input type="checkbox"/> |
| 11. Me gustó mi consejero/a aquí. | <input type="checkbox"/> |
| 12. Mi consejero/a es capaz de ayudarme. | <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"/> |
| 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"/> |
| 15. Mi consejero proporcionó los servicios necesarios para mi familia. | <input type="checkbox"/> |
| 16. Como resultado de los servicios que recibí, soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer. | <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"/> |
| 18. En general, estoy satisfecho/a con los servicios que he recibido. | <input type="checkbox"/> |
| 19. Recomendaría los servicios a un amigo/a que necesita ayuda similar. | <input type="checkbox"/> |
| 20. 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 | | | | | | |
| 21. ¿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 | | | | | | |

4942348



22. 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

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

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

24. Edad:

25. Estas inscrito en Medi-Cal?

- Sí No

26. ¿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
 Géneroqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino
 Categoría de género adicional u otra: (especifica)
 Prefiero no declarar

27. ¿Cuál fue tu sexo al nacer?

- Femenino Masculino
 Otro (especifica) Prefiero no declarar

28. ¿Cuál es tu orientación sexual?

- Lesbiana, gay, o homosexual
 Heterosexual
 Bisexual
 Algo más: (especifica):
 No sé
 Prefiero no declarar

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

- Sí No Desconocido

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

- Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro/Afroamericano
 Nativo de Hawái/Islands del Pacífico
 Blanco/Caucásico
 Otro (especifica):
 Desconocido

31. 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

32. ¿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

¡Gracias por tomarte el tiempo para contestar estas preguntas!

