

# 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"/>	<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 mi 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. 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!

