

## Thăm Dò Ý Kiến về Cảm Tưởng trong lúc Điều Trị (Thành Niên)

CalOMS Provider ID:







Program Reporting Unit (address):











Setting:  Early Intervention  OP/IOP  Residential  Recovery Support Services

Vui lòng trả lời các câu hỏi này về trải nghiệm của bạn tại chương trình này để giúp cải thiện dịch vụ. Hãy sử dụng "Không áp dụng" nếu câu hỏi về điều gì đó mà bạn chưa trải nghiệm. Câu trả lời của bạn được bảo mật và sẽ không ảnh hưởng đến dịch vụ hiện tại hoặc tương lai. **ĐỪNG VIẾT TÊN CỦA BAN VÀO MẪU ĐƠN NÀY.**

Máy vi-tính phải đọc những câu trả lời của bạn. Cho nên, xin bạn dùng cây bút, và place an "X" in the box. Chỉ lựa chọn một câu trả lời cho mỗi câu hỏi.

Đúng



Sai



Ngày hôm nay (MM/DD/YYYY)











Hoàn Toàn Đồng Ý

Đồng Ý

Trung Lập

Không Đồng Ý

Hoàn Toàn Không Đồng Ý

Không Áp Dụng

1. Nơi đây cung cấp dịch vụ thuận tiện cho tôi.(giao thông công cộng, khoảng cách, bãi đậu xe v. v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dịch vụ có sẵn vào những thời điểm thuận tiện cho tôi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Đăng ký phục hồi sớm/điều trị / phục hồi rất dễ dàng và tốt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Người tư vấn/trị liệu (của) tôi cộng tác với tôi để xác định những mục đích để phục hồi sớm/điều trị / phục hồi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tôi (đã) nhận được các dịch vụ (có) liên quan và thích hợp với tôi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nhân viên (đã) đối đãi với tôi một cách trân trọng.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tôi cảm thấy người tư vấn/trị liệu (của tôi) kiên nhẫn lắng nghe những điều mà tôi muốn nói.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tôi (đã) được sự tin cậy của nhân viên tư vấn của tôi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nhân viên rất hiểu về văn hóa của tôi (chủng tộc, tôn giáo, ngôn ngữ v.v.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tôi cảm thấy người tư vấn/trị liệu (của tôi) rất tốt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tôi thích người tư vấn/trị liệu ở đây.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Người tư vấn/trị liệu của tôi có khả năng giúp đỡ tôi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nhân viên nơi đây đã bảo đảm cho nhu cầu sức khỏe và tâm thần của tôi được đầy đủ (khám sức khỏe, tình trạng trầm cảm, v.v.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Nhân viên nơi đây đã giúp tôi về những vấn đề và quan tâm khác mà tôi đã liên quan tới pháp lý, gia đình và hệ thống giáo dục.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Người tư vấn của tôi (đã)cung cấp những dịch vụ cần thiết cho gia đình tôi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nhờ những dịch vụ mà tôi được hưởng, tôi có thể làm những gì tôi muốn làm (dễ dàng) hơn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kết quả trực tiếp của các dịch vụ mà tôi đang nhận được là tôi cảm thấy ít thèm ma túy và rượu hơn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tôi mãn nguyện với các dịch vụ mà tôi được hưởng.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tôi muốn/sẽ giới thiệu những dịch vụ ở đây cho các bạn đang cần sự giúp đỡ tương tự.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bạn hãy nghĩ tới những dịch vụ mà Bạn đã được hưởng, những những dịch vụ qua telehealth (qua điện thoại hoặc điện thoại truyền hình)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Các lần thăm khám sức khỏe từ xa của bạn hữu ích như thế nào so với các lần khám trực tiếp truyền thống?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Không  Rất ít  Khoảng một nửa  Gần như tất cả  Tất cả

Tốt hơn nhiều  Hơi tốt hơn  Gần giống như nhau  Hơi tệ hơn  Không cần thiết



22. **Những phê bình.** Vui lòng cho chúng tôi biết những phê bình của quý vị. Điều gì đã giúp nhiều nhất trong chương trình này? . Điều gì mà quý vị muốn thay đổi trong chương trình này? Xin đừng viết bất cứ thông tin nào của quý vị. Thí dụ, **KHÔNG NÊN** viết tên hoặc số điện thoại của quý vị.

Bây giờ hãy nói cho chúng tôi biết một ít về bản thân quý vị

23. Bạn đã nhận được các dịch vụ ở đây bao lâu?

- Chưa đầy 1 tháng  
 1 - 5 tháng  
 6 tháng trở lên

24. Tuổi:

 

25. Bạn có đăng ký Medi-Cal không?

- Đúng  Không

26. Bản dạng giới hiện tại của bạn là gì (Lưu ý: Đây là cách bạn xác định bản thân, có thể không giống với giới tính bạn được ấn định khi sinh)?

- Nam  
 Nữ  
 Chuyển giới từ nữ sang nam (FTM)/Nam chuyển giới/Nam chuyển giới  
 Chuyển giới từ Nam sang Nữ (MTF)/Nữ chuyển giới/Nữ chuyển giới  
 Người theo giới tính, không riêng nam hay nữ  
 Loại giới tính bổ sung hoặc loại khác  
(Minh họa):   
 Không muốn nhà nước

27. Giới tính khi sinh của bạn là gì?

- Nữ  Nam  
 Nhận dạng giới tính khác:  Từ chối trả lời

28. Xu hướng tình dục của bạn là gì?

- Đồng tính nam hoặc Đồng tính nữ  
 Dị tính  
 Lưỡng tính  
 Một xu hướng tính dục khác (vui lòng mô tả):

- Không biết  
 Không muốn nhà nước

29. Bạn có phải là người gốc Mexico/Tây Ban Nha/Latinh không?  Có  Không  Không biết

30. Chủng tộc/Nhóm Dân Tộc (Hãy chọn tất cả những gì áp dụng):

- Người Mỹ Gốc Da Đỏ/ Gốc Alaska  
 Người Á Châu  
 Người Da đen/Mỹ gốc Phi Châu  
 Người Gốc Hawai/Đảo Thái Bình Dương  
 Người da trắng  
 Một chủng tộc khác (Ghi rõ):  
  
 Không xác định

31. Tình trạng khuyết tật (vui lòng đánh dấu tất cả các trường hợp áp dụng):

- Khuyết tật về thể chất  
 Khiếm thị / Mù  
 Khiếm thính / Điếc  
 Tình trạng sức khỏe tâm thần cùng xảy ra  
 Khuyết tật về Phát triển hoặc Trí tuệ  
 Khác (Chỉ định):   
 Không có

32. Tình trạng liên quan đến tư pháp hình sự của bạn là gì?

- Giám sát Cộng đồng sau khi phóng thích (AB109) hoặc Quản chế từ bất kỳ khu vực tài phán liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào  
 Đang chờ xét xử, buộc tội hoặc tuyên án  
 Tạm tha từ bất kỳ khu vực tài phán nào khác  
 Bất kỳ liên quan đến tư pháp hình sự nào khác  
 Không liên quan đến tư pháp hình sự

**Cám ơn bạn (đã) dùng thời giờ trả lời những câu hỏi này!**