

Proveedor/Agencia #

Año

El Programa #

Trimestre

## Encuesta sobre la percepción y el cuidado que recibe ¿Qué piensa sobre los servicios que usted ha recibido?

Gracias por participar en esta encuesta. Esta encuesta es voluntaria. Puede dejar la encuesta en cualquier momento. Sus servicios en este programa no se verán afectados por el hecho de no completar la encuesta. Sus respuestas son confidenciales. No se vincularán a usted o afectará su situación en este programa. **Por favor, no escriba su nombre en este formulario.**

Sus respuestas serán añadidas con las de otros participantes para que los directores del programa obtengan información con la finalidad de mejorar nuestros servicios. Por favor, tenga en cuenta que las tres (3) últimas preguntas al final de la encuesta son que usted responda y nos brinde su opinión sobre otros asuntos que no hayan sido incluidos en esta encuesta, y/o sobre cualquier otra preocupación o sugerencia que usted tenga y desea poner en conocimiento a los directores del programa.

### Tipo de modalidad en la cual el cliente participa:

Tratamiento  Recuperación  Acceso a la Recuperación (SOARS)  Salud Mental

Por favor introduzca la fecha de hoy:

\_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_

### 1. ¿Cuánto tiempo ha utilizado los servicios en este programa?

- Una semana
- Dos semanas
- Tres semanas
- menos de 1 mes
- 1 mes (4-7 semanas)
- 2-3 meses
- 4-5 meses
- 6-8 meses
- 9-11 meses
- 1 año
- 1 1/2 años
- 2 o más años

**2. ¿Cuál es su edad?**

- 17 o más joven
- 18-20
- 21-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55 años o más

**3. Género:**

- Hombre
- Mujer

**4. ¿Es usted latino?**

- No
- Sí

**5. ¿Cuál es su raza? (Elija por favor una.)**

- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico
- Asia
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Otro

**PARTE II: Qué tipo de servicios está usted recibiendo?**

**6. ¿Cuál es la razón principal por la cual usted está recibiendo los servicios actualmente?**

- Uso de sustancias
- Salud mental
- Ambos

**7. ¿Antes de venir aquí, ha recibido tratamiento para este problema o algún problema parecido en otro lugar? (Marque todas las que se aplican.)**

- No
- Sí, desintoxicación o servicios para la crisis
- Sí, Rehabilitación Hospitalaria o tratamiento residencial
- Sí, tratamiento ambulatorio o diario
- Sí, casa para sobrios o residencia comunitaria
- Sí, Otros.

8. ¿Usted vino a este programa por una orden de un juez de la corte, oficial de libertad condicional o agente de la probatoria?

- No  
 Sí

Por favor, déle la vuelta ...

9. ¿Hubo alguien (consejero, terapeuta o médico) de esta agencia que le recomendó o recetó la medicina que estaba relacionado con su tratamiento? ¿Qué tipo de medicina o medicamento? (Marque todas las que se aplican.)

- Sí, para ayudarme a dejar de fumar o el deseo de fumar cigarrillos y otros productos de tabaco  
 Sí, para ayudarme a dejar de beber o el deseo de beber alcohol y uso de las drogas  
 Sí, para ayudarme con mi salud mental y problema emocional  
 No, ninguno de los anteriores

10. Cuando vino a buscar los servicios, ¿le dieron información sobre sus derechos como cliente?

- No  Sí

11. ¿Desde que entró a este programa, ha estado empleado?

- No, no desde que entré a este programa  
 Sí, pero actualmente no estoy empleado  
 Sí, estoy empleado

12. ¿Desde su entrada en este programa, ha sido matriculado y/o inscrito en la escuela?

- No, no desde que ingresé a este programa  
 Sí, pero no estoy matriculado  
 Sí, actualmente estoy matriculado

### PARTE III: ¿Qué piensa usted sobre los servicios que recibe?

| 13. Sírvase marcar sólo una caja en cada fila.  | No                       | Algo de Acuerdo          | Si                       | Totalmente de Acuerdo    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Cuando yo necesité servicios inmediatos, yo pude ver a alguien tan pronto como yo lo requería                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Este programa ayudó a desarrollar un plan para cuando me sentía estresado, ansioso o inseguro                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) La gente a quien yo fui a ver para los servicios tomaron [estuvieron] suficiente tiempo conmigo.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Yo ayudé en el desarrollo de mi servicio y de los objetivos del tratamiento.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Las personas que fui a ver sobre los servicios eran sensibles a mi procedencia (raza, religión, idioma, orientación sexual, etc.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Me dieron información acerca de los diferentes servicios que eran disponibles para mí.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Me dieron la información suficiente para manejar mis problemas con efectividad.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Como resultado de los servicios del programa que he recibido, mis síntomas me molestan menos                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |                          |                          |                          |                              |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| i) Como resultado de los servicios del programa que he recibido, estoy en mejores condiciones para superar las cosas que van mal.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| <b>Sírvase marcar sólo una caja en cada fila.</b>  | <b>No</b>                | <b>Algo de Acuerdo</b>   | <b>Si</b>                | <b>Totalmente de Acuerdo</b> |
| j) Como resultado de los servicios del programa que he recibido, estoy en mejores condiciones para terminar las cosas que quiero hacer   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| k) Como resultado de los servicios del programa que he recibido, no es probable que use alcohol y / u otras drogas.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| l) Como resultado de los servicios del programa que he recibido, estoy haciendo mejor en el trabajo o la escuela. (Si esto no se aplica a usted, por favor, déjelo en blanco.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| m) Como resultado de los servicios del programa que he recibido, Me llevo bien con mis maestros y /o jefe. (Si esto no se aplica a usted, por favor, déjelo en blanco.)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| n) Hay alguien que se preocupa si estoy mejorando.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| o) Tengo a alguien que me ayude cuando tengo un problema.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| p) Tengo personas en mi vida que son influencias positivas.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| q) Las personas que me preocupan e interesan apoyan mi recuperación.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| r) Las personas cuentan conmigo para ayudarlos cuando tienen un problema.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| s) Tengo amigos que están limpios y sobrios.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| t) Tengo a alguien que me va a escuchar cuando necesito hablar.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| u) El uso de alcohol y/o drogas es un problema para mí   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| v) Tengo que trabajar con mis problemas con el alcohol y /o drogas.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| w) Volvería a este programa si necesitas ayuda en el futuro.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| x) Yo recomendaría este programa a un amigo o miembro de familia.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

**Por favor, escribir sus respuestas ....**

**14. ¿Qué está haciendo este programa bien?**

**15. ¿Qué podría hacerse para mejorar este programa?**

**16. ¿Hay algo acerca de este programa que te desagrada?**

**GRACIAS**