Encuesta de la Percepción del Tratamiento (Jovenes)

****FOR PRINT ONLY – DO NOT PHOTOCOPY** 2026**

County / Provider Use Only

CalOMS Provider ID (required): 4 0 4 0 1 4

Program Reporting Unit (if required by your county): 5 1 0 0

Treatment Setting (required): ◉ OP/IOP ○ Residential ○ OTP/NTP ○ Detox/WM (standalone) ○ Partial Hospitalization

- **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.**
- **Por favor, rellene las burbujas completamente.** Correcto ● Incorrecto ⊙ ⊗ ✓

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Soy imparcial	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
1. El lugar de los servicios estuvo conveniente para mí.	○	○	○	○	○	○
2. Los servicios estaban disponibles en horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
3. Tuve una buena experiencia inscribiéndome en el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Mi consejero/a y yo trabajamos juntos en metas de tratamiento.	○	○	○	○	○	○
5. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me trató con respeto.	○	○	○	○	○	○
7. Siento que mi consejero/a se tomó el tiempo para escuchar lo que yo tenía que decir.	○	○	○	○	○	○
8. Desarrollé una relación positiva y de confianza con mi consejero/a.	○	○	○	○	○	○
9. El personal fue sensible a mis orígenes culturales (raza, religión, idioma, etc.).	○	○	○	○	○	○
10. Siento que mi consejero/a estaba sinceramente interesado/a en mí y me entendía.	○	○	○	○	○	○
11. Me gustó mi consejero/a aquí.	○	○	○	○	○	○
12. Mi consejero/a es capaz de ayudarme.	○	○	○	○	○	○
13. El personal aquí se asegura de que se cumplan mis necesidades de salud y salud emocional (exámenes físicos, estado de ánimo depresivo, etc.).	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○
15. Mi consejero proporcionó los servicios necesarios para mi familia.	○	○	○	○	○	○
16. Como resultado de los servicios que recibí, soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.	○	○	○	○	○	○
17. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, siento menos deseo de consumir drogas y alcohol.	○	○	○	○	○	○
18. En general, estoy satisfecho con los servicios que recibí.	○	○	○	○	○	○
19. Recomendaría los servicios a un amigo/a que necesita ayuda similar.	○	○	○	○	○	○

20. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿cuántos fueron por telesalud (por teléfono o videoconferencia)?
○ Ninguno ○ Muy poco ○ Aproximadamente la mitad ○ Casi todos ○ Todos

21. ¿Qué tan útiles fueron tus visitas de telesalud en comparación con las visitas tradicionales en persona?
○ Mucho mejor ○ Un poco mejor ○ Casi lo mismo ○ Un poco peor ○ No aplica

22. Por favor, escriba comentarios adicionales sobre su experiencia con el tratamiento. **NO** escriba información que pueda identificarlo, por ejemplo, **NO** escriba su nombre ni su número de teléfono. **NO** use este espacio para reportar una emergencia o una crisis. Si necesita ayuda inmediata, comuníquese con su proveedor de tratamiento o llame al 911.

Ahora puede hablarnos un poco de usted.

23. ¿Cuál es su sexo?
○ Masculino ○ Femenino

24. Edad: ☐☐

25. ¿Eres mexicano (a)/hispano (a)/ latino descendiente?
○ Sí ○ No ○ Desconocido

26. Raza/Etnicidad:
Por favor, selecciona todas las que apliquen
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Asiático
○ Negro/Afroamericano
○ Nativo de Hawái / Islas del Pacífico
○ Blanco/ Caucásico
○ Otra raza
○ Desconocido

43300

¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!