DO NOT STAPLE!

SANTA CLARA COUNTY
Behavioral Health Services

15292635

# Encuesta de opinión del Cliente

**FOR OFFICE USE ONLY**

**L-Code** L - 0 0 0

**Unicare ID**

Modality (Check one)
OP/IOP ○ RES ○ OTP/NTP ○ WM ○ PHP ○ RS ○

Counselor First Name

Counselor Last Name

*Estimado cliente,*
*Queremos ayudarle de la mejor manera y queremos saber qué tan eficaz son nuestros servicios. Por favor, diganos lo que piensa. Sus respuestas nos ayudarán a hacer cambios en los servicios de tratamiento para ayudar mejor a los clientes valiosos, como usted. Esta encuesta sólo debe tomar 4-5 minutos para completar. Tenga la seguridad de que todas las respuestas no serán compartidas con su consejero/consejera.*

**** Por favor use una lapicera negra. Por favor no USE marcador.***
**** Use letras MAYÚSCULAS. No permita que las escritura toque el borde de las cajas:*** A B C D
**** Escriba los números asi:*** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

**Fecha**
M M / D D / 2 0 1 8 A A A A

**Fecha de Nacimiento**
M M / D D / A A A A

**Primer Nombre**

**Apellido**

Rellene los circulos así ⟶ ●

| | | Muy en desacuerdo | Desacuerdo | Neutral | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Me sentí bienvenido aquí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2 | En general, estoy satisfecho con los servicios que recibí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3 | Los servicios estaban disponibles cuando los necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4 | El personal me trató con respeto. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5 | El personal me habló de una manera que entendí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6 | Recomendaría esta agencia a un amigo o miembro de familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7 | El personal me dio suficiente tiempo en mis sesiones de tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8 | Elegí las metas del tratamiento con la ayuda de mi proveedor. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9 | El personal fue sensible a mis antecedentes culturales (raza, religión, idioma, etc.). | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

**Más preguntas en la parte de atrás -->**

Unicare ID

SANTA CLARA COUNTY
Behavioral Health Services

15292635

# Encuesta de opinión del Cliente, página 2

| | | Muy en desacuerdo | Desacuerdo | Neutral | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | Pude obtener toda la ayuda / servicios que necesitaba. | O | O | O | O | O |
| 11 | La ubicación era conveniente (transporte público, distancia, estacionamiento, etc.). | O | O | O | O | O |
| 12 | Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, soy más capaz de hacer las cosas que quiero hacer. | O | O | O | O | O |
| 13 | El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud física para apoyar mi bienestar | O | O | O | O | O |
| 14 | El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud mental para apoyar mi bienestar | O | O | O | O | O |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 15 | ¿Cuánto tiempo ha recibido servicios de tratamiento en este lugar (seleccione sólo uno)? | Primera visita / día O | 2 semanas o menos O | Más de 2 semanas O |

**16** Identidad de género (Favor de marcar todas las que correspondan):

O Mujer O Hombre O Transgenero O Otra identidad de género O Declinar

**17** Raza/Etnicidad (Marque todas las que correspondan.)

O Indio Americano / Nativo de Alaska O Latino O Asiático O Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
O Black/African American O Blanco/Caucásico O Unknown O Otros

**18** Rango de edad:

O 18-25 O 26-35 O 36-45 O 46-55 O 56+

**19.** Si está dispuesto de realizar una segunda encuesta , proporcione su dirección de correo

**Email**

**Preguntas restantes en la proxima página -->**

Unicare ID

SANTA CLARA COUNTY
Behavioral Health Services

15292635

# Encuesta de opinión del Cliente, Página 3

Rellene los circulos así ——▶ ●

| 19. CAMBIOS EN LOS INGRESOS | NO tuve Ingresos. | Tuve un poco de ingresos y/o subsidios (Asistencia General, CalFresh) pero no los ingresos suficientes para satisfacer mis necesidades básicas. | Tuve suficiente ingresos sin subsidios para satisfacer mis necesidades básicas y pagar la mayor parte de mis facturas mensuales.. |
|---|---|---|---|
| ANTES de entrar en tratamiento ... | ○ | ○ | ○ |
| DESPUÉS de participar en el tratamiento... | ○ | ○ | ○ |

| 20. CAMBIOS EN LA VIVIENDA | Sin hogar o iba ser desalojado. | Temporalmente en una serie de casas de otras personas, en viviendas de baja calidad o viviendas inestables. | Viviendo en una vivienda estable. |
|---|---|---|---|
| ANTES de entrar en tratamiento estuve... | ○ | ○ | ○ |
| DESPUÉS de participar en el tratamiento estuve... | ○ | ○ | ○ |

| 21. CAMBIOS EN LA SITUACIÓN LEGAL | Tuve asuntos legales SIN tomar en cuenta infracciones pendientes, órdenes judiciales, juicio pendiente, incumplimiento de libertad condicional o libertad condicional . | Tuve asuntos legales que yo estaba/estoy lidiando . | No he tenido problemas legales activos o pendientes o ningún antecedente criminal |
|---|---|---|---|
| ANTES de entrar en tratamiento... | ○ | ○ | ○ |
| DESPUÉS de participar en el tratamiento... | ○ | ○ | ○ |

| 22. CAMBIOS DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA | No podía manejar mis necesidades básicas como la higiene o las actividades de la vida diaria | Necesitaba alguna ayuda para manejar mis propias necesidades básicas como la higiene o las actividades de la vida diaria | Era capaz de manejar la mayoría de mis necesidades básicas de la vida diaria con poca o ninguna asistencia. |
|---|---|---|---|
| ANTES de entrar en tratamiento... | ○ | ○ | ○ |
| DESPUÉS de participar en el tratamiento... | ○ | ○ | ○ |

**23.** Si está dispuesto de realizar una segunda encuesta , proporcione su dirección de correo

**Email**

**24. Hay algo más que quisiera que sepamos?**