



Encuesta de opinión del Cliente (Jóvenes)

County / Provider Use Only

L-Code

L - 0 0 0

Unicare ID

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

Fecha MM/DD/2018



- Por favor conteste estas preguntas sobre su experiencia en este programa. Si la pregunta es acerca de algo que no ha experimentado, complete el círculo que indica "No aplica." NO ESCRIBA SU NOMBRE EN ESTE FORMULARIO. Sus respuestas deben poder ser leídas por una computadora. Por eso, utilice una pluma, rellene el círculo completamente y elija sólo una respuesta para cada pregunta.

Table with 18 rows of survey questions and 6 columns of response options: Muy de acuerdo, De acuerdo, Soy Imparcial, En desacuerdo, Muy en desacuerdo, No aplica.

Háganos saber sus comentarios. ¿Qué fue lo más útil de este programa? ¿Qué cambiaría sobre este programa?

Por favor, no escriba ninguna información que pueda identificarle, incluyendo pero no se limita a su nombre y/o número de teléfono.

Large empty box for comments.

Favor de responder a las siguientes preguntas:

- 1. ¿Por cuánto tiempo ha recibido servicios aquí? Menos de 1 mes 1 - 5 meses 6 meses o más
2. Identidad de género (Favor de marcar todas las que correspondan): Mujer Hombre Transgenero Otra identidad de género Declinar a responder
3. Raza/Etnicidad (Marque todas las que correspondan): Indio Americano/Nativo de Alaska Negro/Afroamericano Latino Otro
Nativo de Hawái/Islands del Pacífico Blanco/Caucásico Asiático Desconocido

Si está dispuesto de realizar una segunda encuesta, proporcione su dirección de correo electrónico:

4. Edad: Email

¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!