



## 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 

				2	0	1	8
2	0	1	8				

M M / D D / A A A A



- 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.

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

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.

Favor de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Por cuánto tiempo ha recibido servicios aquí?  Menos de 1 mes  1 - 5 meses  6 meses o más
- Identidad de género (Favor de marcar todas las que correspondan):
   
 Mujer  Hombre  Transgenero  Otra identidad de género  Declinar a responder
- 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!