

# Encuesta de la Percepción del Tratamiento (Adultos) - 2025

Print PDF as needed.  
Do not photocopy!

County / Provider  
Use Only

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 estuvo conveniente (transporte público, distancia, estacionamiento, etc.).

2. Los servicios estaban disponibles cuando los necesité.

3. Elegí las metas del tratamiento con la ayuda de mi proveedor.

4. El personal me dio suficiente tiempo en mis sesiones de tratamiento.

5. El personal me trató con respeto.

6. El personal me habló de una manera que yo lo entendí.

7. El personal fue sensible a mis orígenes culturales (raza, religión, idioma, etc.).

8. Me sentí bienvenido(a) aquí.

9. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, puedo hacer mejor las cosas que quiero hacer.

10. Como resultado directo de los servicios que estoy recibiendo, siento menos deseo de consumir drogas y alcohol.

11. El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud física para apoyar mi bienestar.

12. El personal de aquí trabaja con mis proveedores de salud mental para apoyar mi bienestar.

13. El staff aquí me ayudó a conectar con otros servicios según fuera necesario (servicios sociales, vivienda, etc.).

14. En general, estoy satisfecho con los servicios que recibí.

15. Pude obtener toda la ayuda / servicios que necesitaba.

16. Yo recomendaría esta agencia a un amigo o miembro de la familia.

17. Ahora pensando en los servicios que recibí, ¿cuántos fueron por telesalud (por teléfono o videoconferencia)?

☐ Ninguno ☐ Muy poco ☐ Aproximadamente la mitad ☐ Casi todos ☐ Todos

18. ¿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

19. Por favor, háganos saber sus comentarios. ¿Qué fue lo más útil de este programa? ¿Qué cambiaría del programa?

Por favor, no escriba ninguna información que le identifique. Por ejemplo, NO escriba su nombre o número de teléfono.

Ahora puede hablarnos un poco de usted.

20. ¿Cuál es tu género?

Por favor, selecciona todas las que apliquen

☐ Hombre

☐ Mujer

☐ Transgénero: Femenino a Masculino

☐ Transgénero: Masculino a Femenino

☐ No-binario (ni masculino ni femenino)

☐ Otra identidad de género

21. Te consideras a ti mismo como:

Por favor, selecciona todas las que apliquen

☐ Heterosexual

☐ Queer

☐ Gay o Lesbiana

☐ Otra orientación sexual

☐ Bisexual

☐ Desconocido

22. ¿Eres mexicano (a)/hispano (a)/ latino descendiente?

☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

23. 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

24. Rango de edad:

☐ 18-25

☐ 26-35

☐ 36-45

☐ 46-55

☐ 56-64

☐ 65+

17295



¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas!