

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

- **Paki-sagot ang mga tanong na ito tungkol sa iyong karanasan sa programang ito upang makatulong sa pagbuti ng mga serbisyo. Gamitin ang "Hindi Angkop" kung ang tanong ay tungkol sa bagay na hindi mo pa nararanasan. Ang iyong mga sagot ay kumpidensyal at hi.**

- Pakipuno ang mga espasyo.



Tama ●

Hindi tama ○ ⊗ ⊕

Malakas na Sang-Ayon	Sang-Ayon	Ako ay walang kinikilingan	Hindi Sang-Ayon	Malakas na Hindi Sang-Ayon	Hindi Nauukol
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Ngayon, habang iniisip ang tungkol sa mga serbisyong natanggap mo, gaano karami sa mga ito ang sa pamamagitan ng telehealth (sa pamamagitan ng telepono o video-conferencing)?
☐ Wala ☐ Napakakaunti ☐ Mga kalahati ☐ Halos lahat ng ☐ Lahat
18. Gaano nakatulong ang iyong mga telehealth visits kumpara sa mga tradisyonal na personal na pagbisita?
☐ Mas maganda/Mas maayos ☐ Medyo mas maayos ☐ Medyo parehas ☐ Medyo mas malala
☐ Hindi Nauukol
19. **Mangyaring ipaalam sa amin ang iyong mga komento. Ano ang pinakanakatulong tungkol sa programang ito? Ano ang nais mong mabago tungkol sa programang ito?**
Mangyaring huwag magsulat ng anumang impormasyong maaaring tumukoy sa iyo. Halimbawa, HUWAG isusulat ang iyong pangalan o numero ng telepono.

Ngayon ipaalam sa amin ang tungkol sa iyong sarili.

20. Ano ang iyong kasarian? (Piliin lahat ng naaangkop)
☐ Lalaki ☐ Transgender: Babaeng naging Lalaki
☐ Babae ☐ Transgender: Lalaking naging Babae
☐ Non-binary (hindi lalaki o babae) ☐ Ibang/Iba pang Pagkakakilanlan ng Kasarian
21. Tingin mo ba ikaw ay (Piliin lahat ng angkop na sagot):
☐ Straight/Heteroseksuwal ☐ Queer
☐ Gay o Lesbian/Bakla o Lesbiyan ☐ Ibang/Iba pang sekswalidad
☐ Bisexual ☐ Hindi Alam
22. Ikaw ba'y may lahing Mexicano/ Kastila/ Latino? ☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi Alam
23. Lahi/Etniko (Mangyaring piliin ang lahat ng naaangkop):
☐ Amerikanong Indian/Tubong Alaska ☐ White (Puti) /Caucasian
☐ Asiano ☐ Ibang/Iba pang lahi
☐ Itim/Afrikanong Amerikano ☐ Hindi Alam
☐ Tubong Hawaii/Island Pasipika
24. Edad na Pagitan: ☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65+