|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Agencia/Instalación** | **Programa** | **Fecha para Completarse** | **□ BHH Client** |

|  |
| --- |
| **Para cada casilla, ponga una🗙en el círculo que se aplica a usted.** |
| Sexo* Masculino
* Femenino
 | **Edad*** 20 y menor
* entre 21-24
* entre 25-34
* entre 35-54
* entre 55-64
* 65 y mayor
 | **Razó́n primaria por recibir servicios es*** Emocioń / salud mental
* Alcohol / Drogas
* Ambas-Emocioń / salud mental, alcohol or drogas
 |
| Cual es tu raza?* Los indios americanos/nativos de Alaska
* Asiático
* Negro / afroamericano
* Nativo de Hawaii / Otras Islas del Pacífico
* Blanco / Caucásico
* Desconocido
* Otra raza:
 | **Es usted?*** Otro grupo latino
* No latino
* Puertorriqueño
* Mejicano
* Cubano
* Desconocido
 | **Duración de Servicios*** Menos de un Año
* 12 meses a 2 Años
* 2 Años a 5 Años
* Más de 5 Años
 |

| **Para cada punto, marque con un círculo la respuesta que corresponde a la opinión de usted.**  | **Muy de acuerdo** | **De acuerdo** | **Neutral** | **En desacuerdo** | **Muy en desacuerdo** | **No aplica** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Estoy satisfecho(a) a con los servicios que recibo en esta agencia. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 2. | Me quedaría recibiendo los servicios que esta agencia ofrece, aunque tenga otras opciones. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 3. | Recomendaría esta agencia a un amigo e un miembro de mi familia. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 4. | La ubicación de los servicios es coveniente. (estacionamiento, tranportación publica, distancia, etc.) | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 5. | El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuese necasario. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 6. | El personal devolvió mis llamadas en un plazo de 24 horas. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 7. | Los servicios que recibí estaban disponibles en horas conveniente para mi. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 8. | El personal de esta agencia creen que puedo crecer, cambiar, y recuperarme. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 9. | Me siento comodo(a) haciendo preguntas sobre los medicamentos que tomo, servicios que recibo, e tratamiento. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 10. | Me sentí libre de reclamar. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 11. | Recibí información sobre mis derechos. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 12. | El personal me habló de los efectos secundarios que el medicamento tal vez me ocasionaria. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 13 | El personal respetó mis deseos sobre a quién le sería mostrada información acerca de mi tratamiento, e servicios. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 14. | El personal fue compresivo con mi cultura y con mi grupo etnico. (raza, religion, lenguage) | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 15. | El personal me ayudó a obtener la información que necesitaba para asi poder lidiar con mi enfermedad. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 16. | Se respetan mis deseos sobre cuanto involucramiento me gustaria que mi familia tuviese durante mi tratamiento. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| Como resultado de los servicios que he recibido de esta agencia: |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Trato con mis problemas diarios de una manera más efectiva. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 18. | Puedo controlar mi vida mejor. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 19. | Puedo tratar con mis crisis mejor. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 20. | Me llevo mejor con mi familia. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 21. | Me va mejor en situaciones sociales. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 22. | Me va mejor en la escuela y/o en el trabajo. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 23. | Mis sintomas no me están molestando tanto. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| **En general . . .** |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Participo activamente en mi comunidad (por ejemplo, iglesia, servicios voluntarios, deportes, grupos de apoyo, e trabajo). | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 25. | Yo puedo dedicarme a mis intereses. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 26. | Yo puede tener la vida que deseo, a pesar de mi enfermedad/trastorno. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 27. | Yo siento que llevo el control de mi tratamiento. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 28. | Yo trato en beneficiar a mi familia y/o la comunidad. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Algo más que usted quiere decir acerca de los servicios quí.** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |