|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Agencia/Instalación** | **Programa** | * **BHH Cliente Fecha para Completarse** | |
| **For Program Staff Only: DDaP Survey ID# (upon data entry, if applicable):** | | | ⬜ **Client Refused** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sexo  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | * Masculino | * Femenino | * Otra | * Prefiero no decirlo |   **Edad**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | * 18-20 | * 21-24 | * 25-34 | * 35-44 | * 45-54 | * 55-64 | * 65-74 | * 75+ | | **Duración de Servicios**   |  |  | | --- | --- | | * Menos de un Año | * 2-5 Años | | * 1 a 2 Años | * Más 5 Años | |
| ¿Cuál es su raza? *(*puedes elegir más de una opción*)*  |  |  | | --- | --- | | * Los indios americanos/nativos de Alaska | * Nativo de Hawái/Otras Islas del Pacifico | | * Asiático | * Blanco/ Caucásico | | * Negro/afroamericano | * Desconocido | | * Otra raza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **¿Es usted?**   * Puertorriqueño * Mejicano * Cubano * Otro grupo Latino * No Latino * Desconocido |

| **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 conveniente. (estacionamiento, transportación publica, distancia, etc.) | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 5. | El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuese necesario. | **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 cree que puedo crecer, cambiar, y recuperarme. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 9. | Me siento cómodo(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 ocasionaría. | **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 étnico. (raza, religión, lenguaje) | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 15. | El personal me ayudó a obtener la información que necesitaba para así poder lidiar con mi enfermedad. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |
| 16. | Se respetan mis deseos sobre cuanto involucramiento me gustaría 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 mi 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 síntomas no me están molestando tanto. | **MA** | **A** | **N** | **D** | **MD** | **NA** |

|  |
| --- |
| **¿Hay algo más que le gustaría contarnos sobre sus servicios aquí?** |

**¡Gracias!**