

## ¡Usted Puede Tomar la Encuesta de Satisfacción del Consumidor DMHAS en Línea!

¡Es fácil realizar la encuesta en línea! Así es cómo.

Si está en una PC, tableta o teléfono, haga clic en este enlace: [Encuesta de Satisfacción del Consumidor DMHAS](#)

Esto lo llevará a una página que se ve así en la pantalla de una computadora:



CT.gov Home / Department of Mental Health and Addiction Services / Consumer Satisfaction Survey 2023 - Español

- [Programs and Services >](#)
- [Finding Services >](#)
- [Prevention and Health Promotion >](#)
- [Problem Gambling >](#)
- [Recovery >](#)
- [Advocacy and Support >](#)
- [Agency Directories >](#)

**Search Department of Mental Health and Addiction Services**

by Keyword

[Go back to Consumer Satisfaction Survey page](#)

Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción - Encuesta de Satisfacción del Consumidor 2023

### Introduction

Estimado participante del programa:

Le invitamos a unirse a nuestra encuesta anual de satisfacción del consumidor. Usted decide si desea participar, y qué preguntas responder. No pedimos su nombre ni nada más que lo identifique. Esta encuesta no realiza un seguimiento de su dirección IP.

Por favor, dé su opinión honesta de los servicios. Agradecemos su tiempo y esfuerzo, y esperamos poder utilizar la información para mejorar los servicios para usted. ¡Gracias!



¡También puedes escanear este código con tu teléfono!  
Deberá desplazarse hacia abajo para llegar al botón **Siguiente**.

Haga clic en el botón azul **Siguiente** para continuar.



Si necesita regresar en cualquier momento, haga clic en el botón gris **Anterior** (no use el botón **Atrás** en su navegador).

La siguiente página le pedirá que seleccione el proveedor donde ha recibido los servicios. Deberá seleccionar un proveedor para continuar. Desplácese hacia abajo en la lista si no ve el que está buscando.

Provider

\* Seleccione el nombre de su proveedor de servicios.

- Ability Beyond
- ACCESS Agency
- Advanced Behavioral Health
- Alliance For Living
- APT Foundation Inc
- Artreach Inc.
- Backus Hospital
- Beth El Center Inc.
- BH Care
- Bridge House
- Bridges Healthcare Inc.
- Capitol Region Mental Health Center
- Catholic Charities - Inst for the Hispanic Family
- Catholic Charities of Fairfield County Inc.
- Catholic Charities- Waterbury
- Center for Human Development
- Central CT Coast YMCA
- Central Naugatuck Valley (CNV) Help Inc.
- Charlotte Hungerford Hospital

powered by SurveyMonkey

Haga clic en **Siguiente** una vez que haya seleccionado el proveedor correcto.

La siguiente página le mostrará una lista de programas que se encuentran en el proveedor de servicios que seleccionó. Puede elegir varios programas si cree que sus respuestas serían las mismas para cada uno de ellos.



Si está respondiendo preguntas sobre el proveedor en su conjunto, y no sobre un programa específico, marque la primera opción: "Sin programa - Solo proveedor".

**Si no elige una opción, la encuesta no progresará correctamente.**

Si siguió adelante y las cosas se ven extrañas, haga clic en el botón Anterior para regresar.

Ability Beyond

MUESTRA

Seleccione los programa(s) sobre los que está respondiendo:

- Sin programa - Solo proveedor
- Beecher House ABI/TBI - 165
- Corbin YAS
- Employment Services Danbury

Haga clic en **Siguiente** una vez que haya seleccionado su(s) programa(s).

Ahora verá algunas preguntas demográficas.

### Demografía

#### Sexo

- Masculino
- Femenino
- Transgénero
- Otro

#### Edad

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> 20 y menor | <input type="radio"/> 35-54      |
| <input type="radio"/> 21-24      | <input type="radio"/> 55-64      |
| <input type="radio"/> 25-34      | <input type="radio"/> 65 y mayor |

Las preguntas de la encuesta se verán así:

**Para cada elemento, seleccione la respuesta que corresponde a la opinión de usted.**

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
Estoy satisfecho(a) a con los servicios que recibo en esta agencia.	<input type="radio"/>					
Me quedaría recibiendo los servicios que esta agencia ofrece, aunque tenga otras opciones.	<input type="radio"/>					
Recomendaría esta agencia a un amigo e un miembro de mi familia.	<input type="radio"/>					
La ubicación de los servicios es conveniente. (estacionamiento, tranportación publica, distancia, etc.)	<input type="radio"/>					

Continúe haciendo clic en el botón azul **Siguiente** en la parte inferior mientras termina de responder preguntas en una página.

Eventualmente, verá estas preguntas. Si no es cliente de BHH\*, seleccione "No" en la última pregunta y haga clic en **Siguiente**.

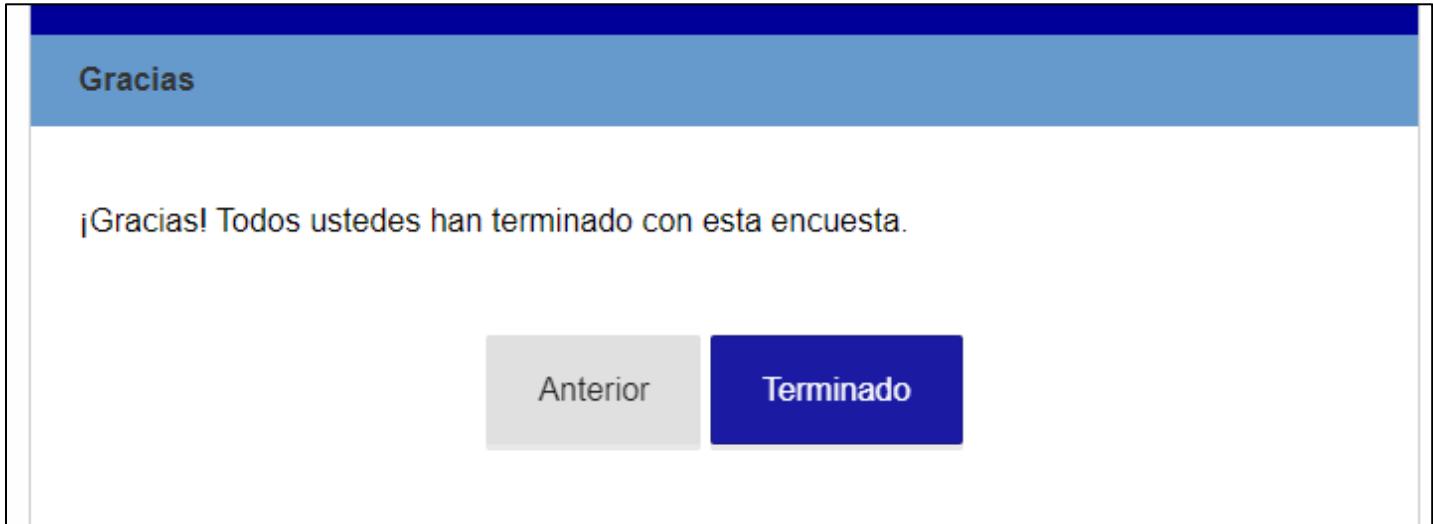
¿Es usted un cliente de una Casa de Salud Conductual (BHH)?

Sí  
 No

[Anterior](#) [Siguiente](#)

\* BHH es un programa opcional para ciertos clientes de Medicaid. La mayoría de las personas no son clientes de BHH. El personal de su proveedor puede decirle si es cliente de BHH si no está seguro.

Después de hacer clic en **Siguiente**, verá esta pantalla:



¡Estás terminado! Puede hacer clic en **Exit** o **Terminado** para salir de la encuesta.

**Cosas importantes para recordar:**

Todas las preguntas después de la selección del proveedor son opcionales.

Puede omitir cualquier pregunta que no desee responder.

Puede cambiar sus respuestas hasta que salga con los botones **Exit** o **Terminado**.

Utilice los botones **Anterior** y **Siguiente** en la parte inferior de cada página para avanzar y retroceder dentro de la encuesta.

Puede usar el botón **Exit** en la esquina superior derecha para salir de la encuesta.

Finalmente, realmente apreciamos su tiempo y esfuerzo. ¡Muchas gracias!