



Agencia/Instalación	Programa	<input type="checkbox"/> BHH Cliente	Fecha para Completarse
For Program Staff Only: DDaP Survey ID# (upon data entry, if applicable):			<input type="checkbox"/> Client Refused

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



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
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 comprensivo 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!