



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	Duración de Servicios					
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Prefiero no decirlo	<input type="radio"/> Menos de un Año <input type="radio"/> 2-5 Años					
Edad	<input type="radio"/> 1 Año <input type="radio"/> Más 5 Años					
<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 Pacífico			<input type="checkbox"/> Puertorriqueño
<input type="checkbox"/> Asiático			<input type="checkbox"/> Blanco/ Caucásico			<input type="checkbox"/> Mejicano
<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano			<input type="checkbox"/> Desconocido			<input type="checkbox"/> Cubano
<input type="checkbox"/> Otra raza: _____						<input type="checkbox"/> Otro grupo Latino
						<input type="checkbox"/> No Latino
						<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Es usted?						

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!