

Centro de Recuperación de Santa Fe

Evaluación de Tratamiento Para Pacientes Ambulatorios

Por favor llene esta encuesta para ayudarnos en nuestros esfuerzos continuos para mejorar la calidad de atención y servicios médicos. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas. Por favor intente responder a las preguntas honestamente. Todas sus respuestas son confidenciales.

QA. Nos gustaría empezar por hacerle algunas preguntas en **general** sobre su experiencia en el Centro de Recuperación de Santa Fe. Para cada una de las siguientes frases, por favor díganos si está totalmente de acuerdo, algo de acuerdo, no está de acuerdo ni en desacuerdo, está algo en desacuerdo o está totalmente en desacuerdo. **Por favor circule la respuesta que mejor represente su opinión.**

1 = Totalmente de Acuerdo **2** = Algo de Acuerdo **3** = Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo **4** = Algo en Desacuerdo **5** = Totalmente en Desacuerdo **9** =Prefiere no responder

- | | |
|--|-------------|
| 1. Mi ingreso al centro fue dirigido con cortesía y de una manera eficiente. | 1 2 3 4 5 9 |
| 2. En general, el Centro de Recuperación de Santa Fe era cómodo y limpio. | 1 2 3 4 5 9 |
| 3. El personal del centro fue cortés, atento, y demostró interés en mi persona. | 1 2 3 4 5 9 |
| 4. Mis visitas/mi familia fueron bien recibidas por el personal. | 1 2 3 4 5 9 |
| 5. Fui tratado(a) bien en asuntos relacionados con cobros o arreglos de pago/reembolso de servicios. | 1 2 3 4 5 9 |
| 6. Recibí guía, educación acerca de mis adicciones y terapia en grupo. | 1 2 3 4 5 9 |
| 7. Mi tratamiento en el Centro de Recuperación de Santa Fe fue beneficioso para mí. | 1 2 3 4 5 9 |

QB. Ahora, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre los **servicios** que usted recibió en el Centro de Recuperación de Santa Fe. Para cada una de las siguientes frases, por favor díganos si los servicios fueron excelentes, buenos, satisfactorios, normales, o malos. **Por favor circule la respuesta que mejor represente su opinión.**

1 = Excelente **2** = Bueno **3** = Satisfactorio **4** = Normal **5** = Malo **9** =Prefiere no responder

- | | |
|--|-------------|
| 1. ¿Cómo calificaría la capacidad de tener acceso a los servicios? | 1 2 3 4 5 9 |
| 2. ¿Cómo calificaría los servicios ofrecidos por el personal de consejería? | 1 2 3 4 5 9 |
| 3. ¿Cómo calificaría los servicios ofrecidos por el personal de enfermería? | 1 2 3 4 5 9 |
| 4. ¿Cómo calificaría los servicios ofrecidos por el personal técnico médico? | 1 2 3 4 5 9 |
| 5. ¿Cómo calificaría los servicios ofrecidos por el resto del personal? | 1 2 3 4 5 9 |

QC. En general, ¿cómo calificaría su nivel de progreso en alcanzar sus metas de tratamiento? **Por favor circule una respuesta solamente.**

1 = Excelente **2** = Bueno **3** = Satisfactorio **4** = Normal **5** = Malo **9** =Prefiere no responder

DATOS DEMOGRÁFICOS: Por favor marque el espacio al lado de la respuesta que mejor lo(a) representen. Recuerde que sus respuestas son confidenciales.

Edad (años):	Gender:	Origen Étnico:	Ingreso Anual:
<input type="checkbox"/> 20 – 29	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Indio(a) Americano(a)/Nativo(a) de Alaska	<input type="checkbox"/> Menos de \$10,000
<input type="checkbox"/> 30 – 39	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hispano(a)	<input type="checkbox"/> \$10,000 - \$24,999
<input type="checkbox"/> 40 – 49	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Afroamericano(a)	<input type="checkbox"/> \$25,000 - \$49,999
<input type="checkbox"/> 50 – 59		<input type="checkbox"/> Anglosajón(a)	<input type="checkbox"/> \$50,000 - \$75,000
<input type="checkbox"/> 60 +		<input type="checkbox"/> Asiático(a)	<input type="checkbox"/> \$75,000 - \$100,000
<input type="checkbox"/> Prefiere no responder		<input type="checkbox"/> Otro (Por favor Especifique) _____	<input type="checkbox"/> \$100,000 o más
		<input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Prefiere no responder

Comentarios / Recomendaciones Adicionales:

Le agradecemos si nos proporciona su nombre y dirección; sin embargo, no es requerido. Por favor devuelva esta encuesta a su consejero(a) o técnico médico primario en un sobre sellado dirigido a la Dra. Yolanda Briscoe – Directora.

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.