

<b>Agencia/Instalación</b>	<b>Programa</b>	<b>Fecha para Completarse</b>	
<b>Es usted un cliente de una Casa de Salud Conductual (BHH)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

<b>Para cada casilla, ponga una X en el círculo que se aplica a usted.</b>		
<b>Sexo</b> <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	<b>Edad</b> <input type="radio"/> 20 y menor <input type="radio"/> entre 21-24 <input type="radio"/> entre 25-34 <input type="radio"/> entre 35-54 <input type="radio"/> entre 55-64 <input type="radio"/> 65 y mayor	<b>Razón primaria por recibir servicios es</b> <input type="radio"/> Emocion / salud mental <input type="radio"/> Alcohol / Drogas <input type="radio"/> Ambas-Emocion / salud mental, alcohol or drogas
<b>Cual es tu raza?</b> <input type="radio"/> Los indios americanos/nativos de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro / afroamericano <input type="radio"/> Nativo de Hawaii / Otras Islas del Pacifico <input type="radio"/> Blanco / Caucásico <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Otra raza:	<b>Es usted?</b> <input type="radio"/> Otro grupo latino <input type="radio"/> No latino <input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Mejicano <input type="radio"/> Cubano <input type="radio"/> Desconocido	<b>Duración de Servicios</b> <input type="radio"/> Menos de un Año <input type="radio"/> 12 meses a 2 Años <input type="radio"/> 2 Años a 5 Años <input type="radio"/> Más de 5 Años

<b>Para cada punto, marque con un CÍRCULO la respuesta que corresponde a la opinión de usted.</b>		<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>No aplica</b>
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 coveniente. (estacionamiento, tranportación publica, distancia, etc.)	MA	A	N	D	MD	NA
5.	El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuese necasario.	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 creen que puedo crecer, cambiar, y recuperarme.	MA	A	N	D	MD	NA
9.	Me siento comodo(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 ocasionaria.	MA	A	N	D	MD	NA

<b>Para cada punto, marque con un <b>CÍRCULO</b> la respuesta que corresponde a la opinión de usted.</b>		<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>No aplica</b>
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
<b>Como resultado de los servicios que he recibido de esta agencia:</b>							
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 mis 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
<b>En general . . .</b>							
24.	Participo activamente en mi comunidad (por ejemplo, iglesia, servicios voluntarios, deportes, grupos de apoyo, e trabajo).	MA	A	N	D	MD	NA
25.	Yo puedo dedicarme a mis intereses.	MA	A	N	D	MD	NA
26.	Yo puede tener la vida que deseo, a pesar de mi enfermedad/trastorno.	MA	A	N	D	MD	NA
27.	Yo siento que llevo el control de mi tratamiento.	MA	A	N	D	MD	NA
28.	Yo trato en beneficiar a mi familia y/o la comunidad.	MA	A	N	D	MD	NA

**Algo más que usted quiere decir acerca de los servicios que...**


<b>Acreditación JACHO</b>		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
29.	¿Qué tan satisfecho/a está con el acceso a la atención, el tratamiento o los servicios y la comunicación (¿puede obtener una cita cuando lo necesita y el programa responde cuando llama)?	TDA	DA	N	ED	MED	NA
30.	¿Qué tan satisfecho/a está con la amplitud de la atención, el tratamiento o los servicios (puede satisfacer la mayoría de sus necesidades en el programa)?	TDA	DA	N	ED	MED	NA
31.	¿Qué tan satisfecho/a está con la coordinación de la atención, el tratamiento o los servicios (sus proveedores hablan entre sí acerca de su atención cuando tienen su permiso)?	TDA	DA	N	ED	MED	NA
32.	¿Qué tan satisfecho/a está con la continuidad de la atención, el tratamiento o los servicios (las transiciones entre los programas, si fueron necesarias, se han llevado a cabo sin problemas)?	TDA	DA	N	ED	MED	NA

**Qué tan bien se siente?**

**Marque con una cruz como esta  la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.**

**33. Movilidad**

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

**34. Cuidado-Personal**

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas con lavarme o vestirme solo/a
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo/a

**35. Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)**

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

**36. Dolor/Malestar**

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

**37. Ansiedad/Depresión**

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice "su estado de salud hoy," hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Ahora, por favor escriba el número que usted marcó en la escala en la caja ubicada abajo.

SU SALUD HOY =

**Su  
estado  
de salud  
hoy**

