

Agencia/Instalación	Programa	Fecha para Completarse	<input type="checkbox"/> BHH Client
----------------------------	-----------------	-------------------------------	--

Para cada casilla, ponga una X en el círculo que se aplica a usted.

Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Edad <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	Razón primaria por recibir servicios es <input type="radio"/> Emoción / salud mental <input type="radio"/> Alcohol / Drogas <input type="radio"/> Ambas-Emoción / salud mental, alcohol or drogas
Cual es tu raza? <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 Pacífico <input type="radio"/> Blanco / Caucásico <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Otra raza:	Es usted? <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	Duración de Servicios <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

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 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
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

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
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 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
En general . . .							
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.							