



Raza
Afro-Americano
Blanca
Otra

Persona Completando La Encuesta
Beneficiario (recibió servicios)
Padre(s) del Beneficiario
Representante del Beneficiario

Ud. Es*
Hombre
Mujer

Su Edad *

Fecha Completada

* Nos referimos al beneficiario

Esta encuesta es confidencial! Por favor no se lo enseñe a su trabajador social o a otro empleado después de completarla. Por favor no deje que ninguna otra persona la complete en su lugar, al menos que necesite asistencia especial. Por favor retorne el cuestionario en el sobre pre pagado que se le envió y asegúrese de que este sellado al momento de enviarlo. Si usted no recibió un sobre pre pagado, por favor envíe el cuestionario a la siguiente dirección: UMBH c/o Quality Improvement, PO Box 016960 (LC 2940) Miami FL 33101 o usted también tiene la opción de enviarlo vía fax al: 305-243-7747. Muchas Gracias!

Encuesta de Satisfacción del Beneficiario para Adultos

▪ **LA GENTA BUSCA CONSEJERIA, TRATAMIENTO O MEDICINAS PORT MUCHAS RAZONES, COMO:**

- Para la depresión, ansiedad, o cuando se sienten agobiadas
- Para resolver problemas personales (por ejemplo cuando un ser querido se muere o cuando tienen problemas en el trabajo)
- Para los problemas familiares (por ejemplo problemas matrimoniales, o cuando los hijos tienen problemas de convivencia)
- Cuando necesitan ayuda para el abuso de alcohol y drogas
- Para problemas mentales o condiciones emocionales

1.) **En los últimos 12 meses, usted a obtenido consejería, tratamiento o medicinas para alguna de las razones mencionadas anteriormente? Si No**

(Si usted contesto que si, por favor continúe a las siguientes preguntas, Si usted contesto que **no** por favor no conteste las siguientes preguntas y devuelva el cuestionario)

▪ **PORFAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ACERCA DE LA COMPANIA QUE MANEJA SUS BENEFICIOS DE CONSEJERIA O TRATAMIENTO:**

2.) En los últimos 12 meses, no tomando en cuenta las veces que necesitaba tratamiento inmediato o de emergencia, que tan frecuente consiguió la cita para consejería o tratamiento cuando lo deseaba?

Nunca un par de veces Usualmente Siempre

3.) En los últimos 12 meses, que tan involucrada(o) estuvo con el progreso de su consejería o tratamiento?

Nunca un par de veces Usualmente Siempre

4.) En los últimos 12 meses, que tan frecuente le dieron la información que usted necesitaba para manejar mejor su condición?

Nunca un par de veces Usualmente Siempre

5.) Usando una escala del 1 al 10, adonde 0 es la peor calificación y 10 es la mejor calificación del servicio de consejería o tratamiento; que calificación le daría usted a los servicios de consejería o tratamiento que usted recibió en los últimos 12 meses?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6.) En los últimos 12 meses, que tanto retraso o problema fue esperar por una autorización para los servicios de consejería o tratamiento?

Un gran problema Un problema pequeño No fue un problema

▪ **POR FAVOR RESPONDA LO SIGUIENTE BASADO EN SU EXPERIENCIA MAS RECIENTE CON LOS SERVICIOS DE CONSEJERIA:**

ARTICULO	Marque completamente el circulo correspondiente					
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Sin Opinión	No Estoy de Acuerdo	En total Desacuerdo	No Aplica
	5	4	3	2	1	0
1. Recibí un trato respetuoso.						
2. Fui atendido(a) a tiempo.						

(Continua al reverso)

ARTICULO	Marque completamente el circulo correspondiente					
	Totalmente de Acuerdo 5	De Acuerdo 4	Sin Opinión 3	No Estoy de Acuerdo 2	En total Desacuerdo 1	No Aplica 0
3. Cada vez que lo necesitaba podía hablar con mi trabajador.						
4. Recibí los servicios con prontitud.						
5. La oficina está en un sitio conveniente.						
6. Si tuve quejas, estas fueron atendidas con prontitud y a me satisfacción.						
7. Recibí servicios muy beneficiosos.						
8. Los trabajadores me asistieron a obtener servicios adicionales.						
9. En general, estoy muy satisfecho(a) con los servicios recibidos.						
10. Los empleados se preocupan por mi mejoría						
11. Me siento más independiente.						
12. Si tuviera problemas, regresaría e este programa.						
13. Este programa me ha ayudado a mejorar la calidad de mi vida.						
14. Yo les recomendaría este programa a otras personas necesitadas de ayuda.						
15. Me siento libre de quejarme.						
16. Los empleados me incluyeron al decidir mi plan de tratamiento.						
17. Yo me siento mejor de tratar con personas y situaciones que antes eran problemáticas para mí.						
18. Los empleados se muestran sensitivos a mi cultura y raza.						
19. Los servicios son enfocados en mis necesidades.						
20. El empleado con quien yo he estado trabajando más de cerca, me ha ayudado mucho.						
21. Me siento libre de poder hacer preguntas sobre mi tratamiento y mis medicamentos.						
22. Este programa me ayudo a sentirme mejor sobre mí mismo.						
23. Esta usted satisfecho con el manejo de sus beneficios al usar los servicios de consejería y tratamiento?						
24. Cuál es su satisfacción en general con la compañía u organización que maneja sus beneficios de consejería y tratamiento?						
23. ¿Cómo podemos mejorar nuestros servicios?:						