



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 ensene 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 Niños

▪ **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 ha requerido servicios de consejería, tratamiento o medicinas por alguna de las razones anteriormente mencionadas? Si No**

(Si usted respuesta fue **si**, por favor continúe a las siguientes preguntas, si su respuesta fue **no** por favor no conteste a ninguna de las 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 consejería o tratamiento inmediato, que tan frecuente consiguió la cita que deseaba?

Nunca un par de veces Usualmente Siempre

3.) En los últimos 12 meses, a usted se le informo acerca de la ayuda propia o grupos de apoyo como por ejemplo, los 12 pasos del programa de abuso de sustancias químicas?

Si No

4.) En los últimos 12 meses, a usted se le informo acerca de los diferentes tipos de consejería o tratamiento que están disponibles?

Si No

5.) En los últimos 12 meses, que tanta fue la ayuda que recibió de los servicios de consejería o tratamiento?

Ninguna Muy poca Poca Suficiente

6.) En los últimos 12 meses, usted se comunico con servicios al miembro para obtener información o ayuda de consejería o tratamiento?

Si No

▪ **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.						

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. Me sentía que tenía alguien con quien hablar cuando tenía problemas						
11. Me siento capaz de hacer frente a situaciones cuando algo no va bien						
12. Yo ayude a escoger mi plan de tratamiento.						
13. Me llevo mejor con mis amistades y demás personas						
14. Recibí la ayuda que necesitaba.						
15. Los empleados respetaron mi cultura y raza.						
16. Yo ayude a escoger mis servicios.						
17. Me llevo mejor con los miembros de mi familia.						
18. Los empleados me hablaban de manera que yo entendiera.						
19. Recibí la ayuda que quería.						
20. Tuve libertad de practicar mi religión.						
21. Esta usted satisfecho con el manejo de sus beneficios al usar los servicios de consejería y tratamiento?						
22. 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?:						