

# Encuesta para el cliente de Acceso a la Recuperación

Al hacer esta encuesta, llene los círculos de esta manera → ● y no así → ○

Fecha de hoy  /  /

mes                      día                      año

Empecé a recibir servicios a través del programa de ATR en:  /

mes                      año

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Indiferente

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

No se aplica

1. Tuve opciones en cuanto a quiénes de los proveedores proporcionarían mis servicios. ....
2. Yo participé en la selección de mis servicios de tratamiento. ....
3. El lugar donde recibí los servicios me resultó conveniente. ....
4. Había servicios disponibles a ciertas horas que me eran convenientes. ....
5. Recibí los servicios más indicados para mí. ....
6. Se me proporcionó información sobre mis derechos. ....
7. Mi coordinador(a) de cuidado parecía tener un interés sincero en querer ayudarme. ....
8. Siento que los servicios que recibí me han ayudado a llegar a estar libre de drogas y / o de alcohol. ....
9. Mi coordinador(a) de cuidado se comunicó conmigo mensualmente para ver cómo estaba. ....
10. Recibí servicios que trataron específicamente con mi idioma / cultura. ....
11. En términos generales, estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí. ....

Sírvase reportar sobre su uso de servicios.	Yo <u>necesitaba</u> este servicio para ayudarme con la recuperación.			Yo <u>recibí</u> este servicio.			Este <u>servicio me ayudó</u> .		
	Sí	No	No estoy seguro (a)	Sí	No	No estoy seguro (a)	Sí	No	No estoy seguro (a)
Los servicios									
Tratamiento residencial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento de consulta externa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GED	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrenamiento para empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transportación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alojamiento de transición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrenamiento individual de recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grupo de apoyo de recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Destrezas de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoyo espiritual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prevención de recaídas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia familiar o matrimonial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidado infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Me recomendó a los servicios ATR:  CPS     Tribunal de drogas     Dpto. de libertad condicional    Condado

Edad:     Género:  Masculino     Femenino    Grupo étnico:  afro americano     asiático     caucásico     hispano / latino     indígena-americano     Otro (especifique)

¿Qué servicios fueron los más eficaces en ayudarlo a lograr su recuperación?

¿Qué se necesita cambiar sobre este programa?

\* Si usted está de acuerdo con permitir el acceso a su información dentro del sistema estatal de datos sobre los clientes, sírvase llenar la sección siguiente:

Últimas 4 cifras de su número de seguro social

Primeras 3 letras del primer nombre de su mamá

Primeras 5 letras de la ciudad donde nació

Fecha de nacimiento  /  /

mes                      día                      año

