ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA LA FAMILIA

(FAMILY SATISFACTION SURVEY)

Queremos conocer su opinión sobre los *servicios de salud mental o tratamiento de adicciones a sustancias químicas* que recibió su hijo/a *en los últimos 6 meses* para poder entregarle los mejores servicios posibles. Esta encuesta la debe completar el padre/madre o tutor que estuvo en mayor contacto con el proveedor de servicios de su hijo/a. No escriba su nombre en la encuesta. Sus respuestas se manejarán de forma confidencial. No tenemos forma de saber si usted respondió la encuesta; sin embargo, revisaremos sus respuestas para mejorar nuestros servicios.

Sección 1: indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones sobre los *servicios de salud mental o tratamiento de adicciones a sustancias químicas* que recibió su hijo/a *en los últimos 6 meses;* para ello, encierre en un círculo el número que mejor represente su opinión. Si la afirmación se refiere a algo que usted o su hijo/a no han experimentado, responda "N/C" para indicar que no corresponde en su caso.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Aún no me he decidido	De acuerdo	Muy de acuerdo	No corresponde
1. En general, estoy satisfecho con los servicios que recibió mi hijo/a.	1	2	3	4	5	N/C
2. Ayudé a elegir los servicios para mi hijo/a.	1	2	3	4	5	N/C
3. Ayudé a elegir los objetivos de tratamiento de mi hijo/a.	1	2	3	4	5	N/C
4. Las personas que ayudaron a mi hijo/a no nos abandonaron a pesar de las dificultades.	1	2	3	4	5	N/C
5. Sentí que mi hijo/a tuvo con quien hablar cuando estuvo inquieto/a.	1	2	3	4	5	N/C
6. Participé en el tratamiento de mi hijo/a.	1	2	3	4	5	N/C
7. Los servicios que recibió mi hijo/a o mi familia fueron los adecuados.	1	2	3	4	5	N/C
8. La ubicación de los servicios fue conveniente para nuestra familia.	1	2	3	4	5	N/C
9. Los servicios estuvieron disponibles en horarios convenientes para nosotros.	1	2	3	4	5	N/C
10. Mi familia recibió la ayuda que buscábamos para apoyar a mi hijo/a.	1	2	3	4	5	N/C
11. Mi familia recibió toda la ayuda que necesitó para apoyar a mi hijo/a.	1	2	3	4	5	N/C
12. El personal me trató de manera respetuosa.	1	2	3	4	5	N/C
13. El personal respetó las creencias religiosas o espirituales de mi familia.	1	2	3	4	5	N/C
14. El personal me habló de una manera que pude entender.	1	2	3	4	5	N/C
15. El personal fue sensible a mi origen cultural o étnico.	1	2	3	4	5	N/C

Sección 2: como resultado directo de los servicios de salud mental o tratamiento de adicciones a sustancias químicas que recibió mi hijo/a durante los últimos 6 meses...						
	Muy en desacuerdo	**En desacuerdo**	**Aún no me he decidido**	**De acuerdo**	**Muy de acuerdo**	**No corresponde**
16. Mi hijo/a maneja su vida cotidiana de mejor forma.	1	2	3	4	5	N/C
17. Mi hijo/a se lleva mejor con los miembros de la familia.	1	2	3	4	5	N/C
18. Mi hijo/a se lleva mejor con sus amigos y otras personas.	1	2	3	4	5	N/C
19. Mi hijo/a ha mejorado en la escuela o el trabajo.	1	2	3	4	5	N/C
20. Mi hijo/a tiene mayor capacidad para enfrentar situaciones complicadas.	1	2	3	4	5	N/C
21. Estoy satisfecho con la vida familiar que tenemos en este momento.	1	2	3	4	5	N/C
22. Mi hijo/a puede hacer mejor las cosas que quiere hacer.	1	2	3	4	5	N/C

Sección 3: responda sobre las relaciones que tiene en la actualidad con las personas que no son los proveedores de salud mental y/o tratamiento de adicciones a sustancias químicas de su hijo/a.						
	Muy en desacuerdo	**En desacuerdo**	**Aún no me he decidido**	**De acuerdo**	**Muy de acuerdo**	**No corresponde**
23. Conozco personas que me escucharán y entenderán cuando necesite conversar.	1	2	3	4	5	N/C
24. Cuento con personas con quienes me siento cómodo/a para hablar de los problemas de mi hijo/a.	1	2	3	4	5	N/C
25. En casos de crisis, tengo el apoyo que necesito de familiares o amigos.	1	2	3	4	5	N/C
26. Cuento con personas con quienes puedo participar en actividades entretenidas.	1	2	3	4	5	N/C

Sección 4: responda las siguientes preguntas para poder conocer un poco más sobre su hijo/a.

27. ¿Su hijo/a recibe actualmente servicios de salud mental o tratamiento de adicciones a sustancias químicas?

1 = Solo de salud mental
2 = Solo tratamiento de adicciones a sustancias químicas
3 = De salud mental y tratamiento de adiccione sustancias químicas
4 = No lo sé

28. ¿Cuánto tiempo ha recibido su hijo/a estos servicios?

1 = Menos de 6 meses
2 = De 6 meses a 1 año
3 = De 1 a 2 años
4 = Más de 2 años
5 = No lo sé

29. ¿Cuál es el género de su hijo/a?

1 = Mujer
2 = Hombre
3 = Mujer transgénero
4 = Hombre transgénero
5 = No lo sé
6 = Otro (describa: _____)

30. ¿Qué edad tiene su hijo/a? _____ años

31. ¿Cuál es el origen racial de su hijo/a? (seleccione todas las respuestas que correspondan)

1 = Indígena de las Américas/Nativo de Alaska
2 = Asiático
3 = Negro/Afroamericano
4 = Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
5 = Blanco/caucásico
6 = No lo sé
7 = Otro (describa: _____)

32. ¿Su hijo/a es de origen mexicano, hispano o latino?

1 = Sí 2 = No 3 = No lo sé

33. ¿En qué condado vive actualmente su hijo/a? _____

34. ¿Tiene algún otro comentario sobre los servicios recibidos por su hijo/a en los últimos 6 meses?

_____

_____

_____

_____

_____

¡Gracias por su tiempo y disposición para completar esta encuesta!

Para uso de la oficina solamente:

Identificación de la encuesta: _____ Fecha de recibo de la encuesta:_____/_____ /_____

Estado de inscripción en programa(s): *(seleccione todo lo que corresponda)* CCS ☐ CST ☐ FEP ☐