

Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción
Encuesta de Satisfacción del Consumidor

(Fiscal Year 2005)

Agencia			Programa			
Sexo	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Para cada casilla, ponga una X en el círculo que se aplica a usted.	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	
Cual es tu raza?	<input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="radio"/> Negro / Afro-Americano <input type="radio"/> Nativo de Hawaii / de otro isla del Pacifico	<input type="radio"/> Asiatico <input type="radio"/> Mixto	Es usted?	<input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Otro grupo latino	<input type="radio"/> Mejicano <input type="radio"/> No latino

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
		MA	A	N	D	MD	NA
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
14.	El personal fue comprensivo con mi cultura y con mi grupo etnico. (raza, religion, language)	MA	A	N	D	MD	NA
15.	El personal me ayudó a obtener la información que necesitaba para asi poder lidiar con mi enfermedad.	MA	A	N	D	MD	NA
16.	Se respetan mis deseos sobre cuanto involucramiento me gustaria que mi familia tuviese durante mi tratamiento.	MA	A	N	D	MD	NA

Encuesta de Satisfacción del Consumidor

(Fiscal Year 2005)

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
<i>For office use only: questions # 17 through # 23 have been removed for residential/inpatient detoxification programs only. Adjust data entry accordingly to ensure accurate entry.</i>							
17.	-----						
18.	-----						
19.	-----						
20.	-----						
21.	-----						
22.	-----						
23.	-----						
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

For questions about Connecticut’s English and Spanish versions of the MHSIP survey please contact:

Minakshi Tikoo, Ph.D.

Director, Quality Improvement

Dept. of Mental Health and Addiction Services

410 Capitol Avenue 14-200

Hartford, CT 06134

Phone: 860-418-6824

Fax: 860-418-6896

Minakshi.Tikoo@po.state.ct.us