

إستطلاع لأراء العلاج (للبالغين)

CalOMS Provider ID:

Program Reporting Unit (address):

Setting: Early Intervention OP/IOP Residential Recovery Support Services

يرجى الإجابة على هذه الأسئلة حول تجربتك في هذا البرنامج للمساعدة في تحسين الخدمات. استخدم "لا ينطبق" إذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تجربته. إجاباتك سرية ولن تؤثر على الخدمة الحالية أو المستقبلية. المستقبلية لا تكتب اسمك على هذا النموذج.

يجب أن تذكر إجاباتك واضحة لراحة رءة بواسطة رءة جهاز الكمبيوتر لذلك، يرجى استخدام قلام وضع علامة "X" في المربعواخذ إجابات واحدة فقط لكل سؤال

صحيح غير صحيح

(شهر/يوم/سنة) تاريخ اليوم

 / /

غير قابل للتطبيق
لا أوافق بشدة
لا أوافق
أنا محايد
أوافق
موافق بشدة

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. موقع الخدمات كان مناسباً بالنسبة لي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. كانت الخدمات متوفرة في أوقات مناسبة بالنسبة لي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. خبرتي كانت جيدة في الالتحاق بالتدخل المبكر/العلاج/التعافي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. لقد عملت أنا ومستشاري معاً من أجل أهداف التدخل المبكر/العلاج/التعافي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. تلقيت خدمات كانت مناسبة لي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. عاملتي الموظفين باحترام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. أشعر أن مستشاري أخذ الوقت للاستماع إلى ما كان علي قوله
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. لقد طورت علاقة إيجابية وثقة مع مستشاراتي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. كان الموظفون حساسين لخلفيتنا الثقافية (العرق، الدين، اللغة، وما إلى ذلك)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. أشعر أن مستشاري كان يهتم بي بإخلاص وفهمي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. أحببت مستشاري هنا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. مستشاري قادر على مساعدتي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. أنا يتأكدون من تلبية احتياجاتي الصحية والعاطفية (إختبارات بدنية، مكتب المزاج، وما إلى ذلك)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ساعدني الموظفون هنا في القضايا والأمور الأخرى التي تتعلق بالنظم القانونية / فترة المراقبة، والنظم الأسرية والتعليمية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. وقدم مستشاري الخدمات اللازمة لعائلتي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. كنتيجة للخدمات التي تلقيتها، أصبحت أقدر على القيام بأشياء أريد القيام بها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. كنتيجة مباشرة للخدمات التي أتلقتها، أشعر برغبة أقل في المخدرات والكحول.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. بشكل عام، أنا راضي عن الخدمات التي تلقيتها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. سوف أوصي بالخدمات للأصدقاء الذين يحتاجون إلى مساعدة مماثلة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. الآن بالتفكير في الخدمات التي تلقيتها، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحية عن بعد (عبر الهاتف أو مؤتمرات الفيديو)؟ <input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/> قليل جداً <input type="checkbox"/> حوالي النصف <input type="checkbox"/> الكل تقريباً <input type="checkbox"/> الكل

21. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بُعد مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟

أفضل بكثير أفضل إلى حد ما نفس الشيء تقريباً أسوأ إلى حد ما غير قابل للتطبيق



22. تعليقا. يرجى إعلامنا بتعليقاتك. ما هو الأكثر فائدة حول هذا البرنامج؟ ماذا يمكنك التغيير حول هذا البرنامج؟

أخبرنا الآن قليلاً عن نفسك

23. منذ متى تلقيت الخدمات هنا؟

أقل من شهر

1 - 5 شهرا

6 أشهر أو أكثر

28. ما هو توجهك الجنسي؟

السحاقيات أو المثليين أو المثليين جنسيا

مستقيم أو من جنسين مختلفين

ثنائي الجنس

شيء آخر: (يرجى الوصف)

لا أعرف

تفضل عدم التصريح

24. لعمر:

29. هل أنت من أصل مكسيكي / إسباني / لاتيني؟

نعم

لا

غير معروف

30. العرق / العرق (يرجى تحديد كل ما ينطبق):

الهنود الحمر / سكان ألاسكا الأصليين

آسيا

أسود / أمريكي من أصل أفريقي

مواطن هاواي / جزر المحيط الهادئ

أبيض

آخر (يرجى التحديد):

مجهول

25. هل أنت مسجل في Medi-Cal؟

لا

نعم

26. ما هي هويتك الجنسية الحالية (ملاحظة: هذه هي الطريقة التي تحدد بها نفسك ، والتي قد لا تكون هي نفسها الجنس الذي تم تحديده لك عند الولادة)؟

ذكر

أنثى

ذكر المتحولين جنسياً / الرجل المتحولين جنسياً (FTM) من أنثى

إلى ذكر

أنثى المتحولة جنسياً / امرأة متحولة جنسياً (MTF) ذكر إلى أنثى

الجنس ، لا ذكر ولا أنثى فقط

فئة جنس إضافية أو أخرى:

(يرجى التحديد):

تفضل عدم التصريح

31. حالة الإعاقة (يرجى تحديد كل ما ينطبق):

معاق جسديا

ضعف البصر / المكفوفين

ضعف السمع / الصمم

حالة الصحة العقلية المتزامنة

المعاقون تطورياً أو عقلياً

أخرى (يرجى التحديد):

لا أحد

32. أين أشرت من قبل النظام القانوني؟

لإشراف المجتمع بعد الإصدار (AB109) أو تحت المراقبة

من أي ولاية قضائية فيدرالية أو حكومية أو محلية

في انتظار المحاكمة أو الاتهامات أو الحكم

بشروط من أي ولاية قضائية أخرى

أي تورط آخر في العدالة الجنائية

لا تدخل العدالة الجنائية

27. ما هو جنسك عند الولادة؟

أنثى

ذكر

هوية جنس أخرى يرفض الإجابة

أشكركم على أخذ الوقت للرد على هذه الأسئلة !