



**Servicios de satisfacción del consumidor**  
**4775 Linglestown Road**  
**Harrisburg, PA 17112**  
**(717) 651-1070**  
**[www.css-pa.org](http://www.css-pa.org)**

Gracias por participar en esta encuesta. ¡Su voz puede hacer la diferencia! Consumer Satisfaction Services, Inc. (CSS) mide e informa sobre el impacto de los servicios de salud del comportamiento (salud mental y/o abuso de sustancias) que usted (su niño/adolescente) recibió bajo HealthChoices y su proveedor de atención médica

\_\_\_\_\_.

**Ubicación de la instalación:** \_\_\_\_\_

**Nivel de atención:** \_\_\_\_\_

La información que recopilamos se utiliza para evaluar la prestación de estos servicios. **Su participación es voluntaria; cualquier información que elija compartir se mantiene estrictamente confidencial. Tiene la opción de negarse a responder cualquier pregunta, así como finalizar la encuesta en cualquier momento. Su elección o rechazo de participar no afectará ningún servicio que esté recibiendo ahora o pueda necesitar en el futuro.**

**No registre su nombre ni ninguna información personal que pueda identificarlo en ninguna parte de este formulario de encuesta. Toda la información que elija proporcionar se mantiene estrictamente confidencial.**

## Información demográfica

<p><b>1) Género:</b>  <input type="checkbox"/> Femenino  <input type="checkbox"/> Masculino  <input type="checkbox"/> Autoidentificación/Otro _____</p> <p><b>2) Edad (edad del consumidor):</b> _____</p> <p><b>3) Condado (condado donde se recibieron los servicios):</b>          _____</p>	<p><b>4) Raza:</b>  <input type="checkbox"/> Afroamericano  <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico  <input type="checkbox"/> Hispano / Latino  <input type="checkbox"/> Nativo Americano / Indio Americano  <input type="checkbox"/> Blanco / Caucásico  <input type="checkbox"/> Multirracial  <input type="checkbox"/> Otro: _____  <input type="checkbox"/> No respondió</p>
---	--

	Sí	No	No e s t o y s e g u r o	NA
¿Le ha entrevistado su proveedor sobre su nivel de satisfacción con los servicios durante el último año?				
¿Ha completado una encuesta con Consumer Satisfaction Services durante el último año?				

Indique su respuesta colocando una marca de verificación o una x en la casilla que mejor identifique cómo se siente para esa pregunta.

Le invitamos a comentar o explicar cualquiera de sus respuestas en el espacio provisto.

**Nota:** El término "Proveedor de servicios" se refiere a la persona o instalación que visita para recibir tratamiento, como su psiquiatra, psicólogo, trabajador social o administrador de casos.

		Sí	No	No se aplica	NA
<b>PERFORMCARE</b> <b>Las siguientes preguntas están destinadas a evaluar su satisfacción general con su organización de cuidado administrado (MCO) (niños/adolescentes) PerformCare.</b>					
1	¿Recibió una copia del Manual para miembros de PerformCare? (Si no, marque Q1a y Q1b NA) Si no corresponde, agregue un comentario. Comentarios:				
1	¿Está satisfecho con el manual para miembros, el sitio web y los boletines de PERFORMCARE?				
1	¿El manual, el sitio web y los boletines le brindan información útil?				
2	¿Conoce su derecho a presentar una queja o reclamo? Si no aplica, agregue un comentario. Comentarios:				
3	¿Sabe a quién llamar para presentar una queja o reclamo? Comentarios:				

4	En los últimos doce meses, ¿llamó a los servicios para miembros de PERFORMCARE para obtener información? (Ejemplo: ayuda para asesoramiento, tratamiento u otros servicios) <b>Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 5.</b> Comentarios:				
4	¿Pudo obtener información sobre tratamiento y/o servicios de PerformCare sin demoras innecesarias? Comentarios:				
5	¿Le dieron la opción de al menos dos (2) Proveedores de PerformCare con respecto al tipo de servicio que estaba buscando? Comentarios:				
6	¿Le informaron el tiempo aprobado para sus servicios? (Ejemplo: horas BHRS, sesiones de tratamiento) Comentarios:				
7	Cuando llama a PERFORMCARE, ¿el personal lo trata con cortesía y respeto? Comentarios:				
8	En general, ¿está satisfecho con las interacciones que ha tenido con PERFORMCARE?				
8	¿Ha visto a PerformCare (anteriormente CBHNP) interactuando en la comunidad (conferencia, feria de salud, evento comunitario, CSP, comité)? (Si no asisten a eventos comunitarios, seleccione No aplica) Comentarios:				

**Comentarios adicionales de PERFORMCARE:**

**Introducción (Si es una encuesta para un niño/adolescente, las preguntas deben estar redactadas como tales, es decir, ¿Su niño está recibiendo estos servicios actualmente...)**

		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NA</b>
9	¿Actualmente recibe estos servicios de este proveedor? <b>Si no, salte la pregunta 10.</b> Comentarios:			
		<b>0-6 meses</b>	<b>6-12 meses</b>	<b>12+ meses</b>
1 0	Si es así, ¿cuánto tiempo ha estado recibiendo estos servicios? Comentarios:			
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NA</b>
1 1	¿Hubo demoras antes de comenzar estos servicios? <b>Si no, salte la pregunta 12.</b> Comentarios:			

		<b>0-6 meses</b>	<b>6-12 meses</b>	<b>12+ meses</b>
1	Si es así, ¿cuánto duró el retraso?			
2	Comentarios:			

## SERVICIOS

Las siguientes preguntas están destinadas a evaluar su satisfacción general con el nivel de tratamiento y / o servicios que usted (su niño/adolescente) ha recibido. Recuerde responder cada pregunta usando la escala a continuación. También le recomendamos que agregue comentarios o inquietudes adicionales por cada pregunta que haga.

Las posibles respuestas son Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo o No aplica

		<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ninguna</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>NA</b>
13	Su proveedor le informó a quién llamar si tiene preguntas sobre sus servicios de salud mental o abuso de sustancias (su niño/adolescente). Comentarios:						

14	Recibió información sobre cómo obtener recursos comunitarios adicionales cuando solicitó información (por ejemplo, transporte, cuidado de niños, capacitación laboral). Nota: si no es necesario, seleccione No aplica Comentarios:						
15	Su proveedor discutió otros servicios que pueden beneficiarlo (su niño/adolescente) en su tratamiento/recuperación (Ejemplo: servicios relacionados con el tratamiento, como apoyo de pares, pacientes externos, medicamentos, etc.). Comentarios:						
16	Tiene la opción de cambiar su proveedor de servicios (su niño/adolescente) si lo desea. Comentarios:						
17	Se le informó sobre sus derechos y responsabilidades con respecto al tratamiento que usted (su niño/adolescente) recibió. Comentarios:						
		<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ninguna</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>NA</b>
18	Se siente cómodo al hacer preguntas sobre su tratamiento (su niño/adolescente). Comentarios:						
19	Su proveedor de servicios pasa el tiempo adecuado con usted (su niño/adolescente). Comentarios:						
20	Su proveedor solicita su permiso antes de compartir su información personal (su niño/adolescente). Comentarios:						

21	El personal del programa respeta su origen étnico, cultural y religioso (su niño/adolescente) en su recuperación / tratamiento (su niño/adolescente). Comentarios:						
22	Confía en su proveedor de servicios (su niño/adolescente). (Instalación en su conjunto) Comentarios:						
23	Usted (su niño/adolescente) se siente seguro en este centro. (Solo se aplica si el consumidor ha estado en la instalación, NA para servicios comunitarios o basados en el hogar) Comentarios:						
24	Su proveedor de servicios (su niño/adolescente) le ofreció la oportunidad de involucrar a su familia, personas importantes o amigos en su proceso de tratamiento (su niño/adolescente). Comentarios:						
		<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ninguna</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>NA</b>
25	Usted (su niño/adolescente) está incluido en el desarrollo de su plan de tratamiento/recuperación (sus niños/adolescentes) y sus objetivos de recuperación. Comentarios:						
26	Usted (su niño/adolescente) es una parte importante del proceso de tratamiento. Comentarios:						
27	Su proveedor de servicios (su niño/adolescente) le explicó las ventajas de la terapia o el tratamiento. Comentarios:						



28	Su proveedor de servicios (su niño/adolescente) le explicó las ventajas de la terapia o el tratamiento. Comentarios:						
29	En general, está satisfecho con los servicios que usted (su niño/adolescente) está recibiendo. Comentarios:						

## Resultados

**Como resultado de sus servicios (de su niño/adolescente) con este proveedor, califique los cambios realizados en las siguientes áreas según la respuesta más cercana a su experiencia.**

		Mucho peor	Un poco peor	Casi igual	Un poco mejor	Mucho mejor	NA
30	Manejo de problemas diarios. Comentarios:						

31	Sentirse en control de su vida. Comentarios:						
32	Lidiando con la crisis personal (Ejemplo: recaída, problemas de salud graves, muerte o enfermedad de un ser querido o amigo, pérdida de trabajo, accidente, etc.) Comentarios:						
33	Cómo te sientes (él o ella) acerca de ti mismo (sí misma). Comentarios:						
34	Sentirse bien (esperanzada) sobre el futuro. Comentarios:						
35	Disfrutando de su tiempo libre. Comentarios:						
		<b>Mucho peor</b>	<b>Un poco peor</b>	<b>Casi igual</b>	<b>Un poco mejor</b>	<b>Mucho mejor</b>	<b>NA</b>
36	Fortalecimiento de su red de apoyo social. Comentarios:						
37	Estar involucrado en la comunidad o en organizaciones fuera de las actividades de salud mental o abuso de sustancias. (ejemplo: Niños Exploradores/Niñas Exploradoras, deportes, actividades de la iglesia, películas) Comentarios:						

38	Participación en actividades escolares y/o laborales. Comentarios:						
39	Interactuando con personas en situaciones sociales. Comentarios:						
40	Enfrentando los problemas específicos que lo llevaron a usted (su niño/adolescente) a buscar servicios. Comentarios:						

**Entorno de tratamiento**

Estas preguntas están destinadas a evaluar su opinión (la de

¿Qué es importante para usted en su tratamiento (para su niño/adolescente)?

su niño/adolescente) sobre el entorno de tratamiento. NOTA: 41A y 41B solo se aplican si el consumidor ha estado en la instalación. NA para servicios comunitarios o basados en el hogar

		Pobre	Regular	Bueno	Excelente	NA
41A	Comodidad de la instalación. (¿No ha estado en las instalaciones? Marque NA) Comentarios:					
41B	Limpieza de la instalación. (¿No ha estado en las instalaciones? Marque NA) Comentarios:					

41C	Amistad del personal. Comentarios:					
41D	Atención del personal. Comentarios:					

**Para las siguientes preguntas, marque la casilla que se acerca más a su experiencia (su niño/adolescente) usando una de las siguientes opciones:**

		Sí	No
42	¿Usted (su niño/adolescente) necesitó servicio de salud mental de emergencia o abuso de sustancias durante el año pasado? <b>Si NO vaya a la pregunta 43</b> Comentarios:		

		No en absoluto	Algo	Ninguno	Satisfecho	Muy Satisfecho	NA
42a	<b>En caso afirmativo</b> , ¿qué tan satisfecho está con la ayuda que recibió? Comentarios:						

42b	<b>Si recibió servicios de emergencia</b> , ¿quién fue su contacto inicial para obtener estos servicios de emergencia? Sea muy específico (Hospital General de Lancaster, 911, etc.)  _____
-----	--

**El Departamento de Servicios Humanos / Oficina de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias nos ha pedido que obtengamos sus respuestas a las siguientes tres preguntas.**

**Estas preguntas son impuestas por el estado y están destinadas a obtener su satisfacción (su niño/adolescente) con todos los servicios, no solo el que se está discutiendo actualmente.**

		<b>Mucho peor</b>	<b>Un poco peor</b>	<b>Casi igual</b>	<b>Un poco mejor</b>	<b>Mucho mejor</b>	<b>NA</b>
43	¿Qué efecto ha tenido el tratamiento que recibió en la calidad de su vida? (Niño- ¿Qué efecto ha tenido el tratamiento que su hijo recibió en la calidad de vida de su hijo?) Comentarios:						
44	¿Se le dio la oportunidad de tomar decisiones de tratamiento? (Niño: ¿Se les dio a usted y a su hijo la oportunidad de tomar decisiones de tratamiento?) Comentarios:	Sí [ ] No [ ] A veces [ ]					
45	En los últimos 12 meses pudo obtener la ayuda que necesitaba. (Niño: En los últimos 12 meses usted o su hijo tuvieron problemas para obtener la ayuda que él o ella necesitaba?) Comentarios:	Sí [ ] No [ ] A veces [ ]					

### Información de la entrevista

Nombre del/los entrevistador(es) _____ Fecha de la entrevista: _____
Ubicación de la entrevista: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Es la entrevista para un: <input type="checkbox"/> Adulto o <input type="checkbox"/> Niño? ¿A quién entrevistaron? <input type="checkbox"/> Uno mismo(Consumidor) <input type="checkbox"/> Padre/Guardián <input type="checkbox"/> Tanto Padre/Guardián como Uno mismo(Consumidor)
Método de entrevista: <input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Teléfono
Introducción de los datos solamente: Cuarto <input type="checkbox"/> 1ero (Julio-Septiembre) <input type="checkbox"/> 2 <sup>do</sup> (Oct-Dic) <input type="checkbox"/> 3 <sup>ero</sup> (Enero-Mar) <input type="checkbox"/> 4 <sup>to</sup> (Abril-Junio) Número de consumidor: _____ Número de tarjeta de regalo: _____

PARA EL ENTREVISTADOR: ¿La dirección actual de esta persona es diferente de la que está en la lista de teléfonos? En caso afirmativo, proporcione la información de contacto de la Oficina de Asistencia del Condado.

- Sí  
 No

Comentarios del entrevistador (Utilice este espacio para verbalizar cualquier inquietud que pueda haber presenciado con respecto a la situación de los consumidores. Ejemplo: abuso físico, que justifica el seguimiento inmediato por parte del personal de CSS).