

ANEXO 3:
CONDADO DE SAN DIEGO SERVICIOS DE ALCOHOL Y DROGAS
ENCUESTA DE SATISFACCION DEL CLIENTE

Programa: _____ Fecha: _____

¿Cuanto tiempo estuvo en el programa?	¿Cual es su edad?
---------------------------------------	-------------------

POR FAVOR MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES. GRACIAS POR SU PARTICIPACION:

GENERO	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	TIPO DE SERVICIO	<input type="checkbox"/> No-residencial	<input type="checkbox"/> Residencial
---------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------	---	--------------------------------------

ETNICIDAD	<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Otra
------------------	------------------------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Tipo de servicio que recibió Como Consideraría las siguientes preguntas:	Como valora los servicios?				
¿El personal le dio la bienvenida y trato con respeto durante su tiempo en este programa?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> NA
¿Durante su tiempo en el programa fue el personal cortés, y le ayudaron a comprender y seguir las reglas del programa?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> NA
¿Encontró el personal a su apoyo, receptivo y disponible para usted?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> NA
¿La instalación estaba limpia, cómoda y de acceso fácil?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> NA
¿El programa le dio los servicios que eran adecuados y le ayudaron a aprender acerca de usted mismo y para llevarse bien con los demás?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> NA
¿Como resultado de asistir en el programa ha mejorado su situación y le ha permitido trabajar de manera más eficaz en los temas que le preocupaban?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> NA
¿El personal en el programa le dio la información adecuada y el apoyo que necesitaba?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> NA
¿Fue el personal sensible a las diversas creencias y tradiciones culturales de todos los clientes?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> NA
¿Cree usted que el personal del programa respeto y aprendió acerca de sus necesidades como persona individual?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> NA
En general ¿cómo calificaría usted los servicios que usted recibió?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> NA
¿Si necesitara ayuda de nuevo, viniera a la misma agencia o programa?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> NA
¿Cree que otros podrían aprender de este programa y si un amigo o un miembro de su familia estuvieran en necesidad de ayuda similares, les recomendaría el programa?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> NA

Comentarios adicionales o sugerencias: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

# of Excellent answers:	
# of Good answers:	
# of Fair answers:	

# of Poor answers:	
# of NA answers:	