

Agency ID:

Clinic ID:

Survey Completion Date:

 /

 /

M M D D Y Y Y Y

Annual Family/Guardian (Spanish) Supplemental Survey

1. ¿Cuántos años tiene su niño/a ahora?

2. Sexo de su niño/a:

1 ☐ Masculino0 ☐ Femenino

3. ¿Cual es la etnicidad de su niño/a?

1 ☐ Hispano o Latino Origen0 ☐ No Hispano o Latino

4. Raza de su niño/a (Seleccione todos que se apliquen):

1 ☐ Indio Americano o Natural Americano de Alaska2 ☐ Asiático3 ☐ Negro o Afroamericano4 ☐ Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico5 ☐ Blanco

5. ¿Hace cuánto tiempo ha recibido su niño/a servicios de este Centro?

1 ☐ Menos que un mes2 ☐ 1-5 meses3 ☐ 6 meses a un año4 ☐ Mas que un año

6. ¿Tiene seguro de Medicaid/TennCare su niño/a?

1 ☐ Sí0 ☐ No

Indique por favor su acuerdo/desacuerdo con cada uno de las declaraciones siguientes circulando el número que mejor representa su opinión. Si la pregunta es sobre algo que usted no ha experimentado, circule “*”, para indicar que es “no aplicable” a usted.

	Total- mente de Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	No estoy de Acuerdo	Total- mente en Desa- cuerdo	No Aplicable
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que mi niño/a ha recibido aquí.	1	2	3	4	5	*
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi niño/a .	1	2	3	4	5	*
3. Yo ayudé a escoger las metas de tratamiento para mi niño/a.	1	2	3	4	5	*
4. Las personas que estaban ayudando a mi niño/a estuvieron con nosotros en todo momento.	1	2	3	4	5	*
5. Me sentí que mi niño/a tenía alguien con quien hablar cuando él o ella estaba molesto/a.	1	2	3	4	5	*
6. Yo participé frecuentemente en el tratamiento de mi niño/a .	1	2	3	4	5	*

7. Los servicios que mi niño/a recibió eran los indicados para nosotros.	1	2	3	4	5	*
8. La localidad donde recibía los servicios era conveniente para nosotros (estacionamiento, transporte público, distancia, etc.).	1	2	3	4	5	*
9. Los servicios se ofrecían en horas que eran convenientes para nosotros.	1	2	3	4	5	*
10. Recibimos la ayuda que queríamos para mi niño/a .	1	2	3	4	5	*
11. Recibimos toda la ayuda que necesitábamos para mi niño/a .	1	2	3	4	5	*
12. Los proveedores me trataron con respeto.	1	2	3	4	5	*
13. Los proveedores respetaron las creencia religiosas/espirituales de mi familia.	1	2	3	4	5	*
14. Los proveedores me hablaron de manera que yo entendiera.	1	2	3	4	5	*
15. Los proveedores respetaron mi raza /cultura y antecedentes étnicos.	1	2	3	4	5	*

Indique por favor su acuerdo/desacuerdo con cada uno de las declaraciones siguientes circulando el número que mejor representa su opinión. Si la pregunta es sobre algo que usted no ha experimentado, circule “*”, para indicar que es “no aplicable” a usted.

Debido al cuidado recibido:

	Total- mente de Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	No estoy de Acuerdo	Total- mente en Desa- cuerdo	No Aplicable
16. Mi niño/a está mejor capacitado para hacer las cosas que él o ella quiere hacer.	1	2	3	4	5	*
17. Mi niño/a se puede enfrentar mejor a la vida diaria.	1	2	3	4	5	*
18. Mi niño/a se lleva mejor con los miembros de mi familia.	1	2	3	4	5	*
19. Mi niño/a se lleva mejor con sus amigos y otras personas.	1	2	3	4	5	*
20. Mi niño/a está mejor en la escuela y/o en el trabajo.	1	2	3	4	5	*
21. Mi niño/a puede enfrentarse mejor cuando las cosas van mal.	1	2	3	4	5	*
22. Ahora estoy satisfecho/a con mi vida familiar.	1	2	3	4	5	*
23. Los contactos con la policía de mi niño/a se han reducido.	1	2	3	4	5	*

Como resultado de los servicios que mi niño/familia recibió: Por favor, respuesta para las relaciones con las personas con excepción de sus abastecedores mentales de la salud.	Total-mente de Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	No estoy de Acuerdo	Total-mente en Desacuerdo	No Aplicable
24. Conozco personas que me escuchan y entienden cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	*
25. Tengo a personas con las cuales me siento cómodo hablando acerca de los problemas de mi niño/a.	1	2	3	4	5	*
26. En una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de la familia y amigos.	1	2	3	4	5	*
27. Tengo a personas con quien puedo hacer cosas agradables.	1	2	3	4	5	*