

Denton County MHMR Center

Servicios de Salud Conductual Encuesta de Satisfacción

A continuación, encontrará una encuesta sobre los Servicios de Salud Conductual en Denton County MHMR. Esta encuesta se utilizará para mejorar la calidad de vida de aquellos a quienes servimos y sus familiares. La información que usted proporcione será revisada. Si bien esta encuesta es opcional, nos encantaría recibir sus comentarios.

Fecha: _____

Persona que responde a la encuesta: ☐ Cliente solamente ☐ Miembro de la Familia ☐ Advócate ☐ Otros

¿Usted tiene acceso a un teléfono inteligente y datos? ☐ Sí ☐ No

Servicios de Salud Conductual	Sí	No	N/A
¿Su equipo de tratamiento lo trata con dignidad y respeto?			
¿Alguien le ayudó a comprender sus derechos u expectativas de confidencialidad?			
¿Sabe cómo denunciar abuso, negligencia, o explotación?			
¿Sientes que el Centro cumplió con tus expectativas de acuerdo con tus necesidades culturales?			
¿En general está satisfecho con los servicios proporcionados por Denton County MHMR Center?			
Administrador de Caso	Sí	No	N/A
¿Has visto su Administrador de Caso para una cita o recibido una llamada para una cita dentro los últimos tres meses?			
¿Cree que su Administrador de Caso escucha sus inquietudes?			
¿Su Administrador de Casos le proporcionó referencias o recursos adecuados para satisfacer sus necesidades?			
¿Sabe quién es su Administrador de Casos y como contactarlo?			
¿Su Administrador de Casos cumple con las citas que programan con usted?			
¿En general, está satisfecho con los servicios brindados por su Administrador de Casos?			
Enfermería:	Sí	No	N/A
¿Cree que las enfermeras escuchan sus preocupaciones?			
¿Si llamó a la línea de enfermería, la enfermera le devolvió la llamada dentro de las 48 horas?			
Cuando se reunió con una enfermera, le dieron la oportunidad de hacer preguntas sobre su diagnóstico, ¿siento más efectos secundarios de los medicamentos e información general sobre medicamentos?			
¿En general, está satisfecho con los servicios que brindó el Departamento de Enfermería?			

Por favor dele vuelta para completar

Doctores y Enfermera Especializada:	Sí	No	N/A
¿Usted cree que su Psiquiatra o Enfermera Especializada escucha sus preocupaciones?			
¿Le explicó el Psiquiatra o la Enfermera Especializada que síntomas son tratados con el medicamento que le recetaron?			
¿Cuándo se reunió con su Psiquiatra o Enfermera Especializada, le dieron la oportunidad de hacer preguntas sobre su diagnóstico, síntomas, efectos secundarios de la medicación e información general sobre los medicamentos?			
¿En general, está usted satisfecho con los servicios del Médico del Centro?			
Otros Departamentos	Sí	No	N/A
¿Cree que el Departamento de Beneficios al Consumidor es útil y eficaz?			
¿El Personal de Recepción le hizo sentir bienvenido?			
¿Si recibió Terapia Cognitivo Conductual estuvo satisfecho con sus servicios?			
¿Si recibió tratamiento de Substancias Adictas (SUD), estuvo satisfecho con esos servicios?			

¿Cree que nuestros servicios satisfacen sus necesidades culturales? ☐ Sí ☐ No A caso pue no, por favor describe unas ideas para ayudar:

¿Cree que las horas de clínica son satisfechas? ☐ Si ☐ No A caso que no, por favor elija los servicios que periferia adicional y los días/tiempo que prefiere que sean disponible.

☐ Psiquiatra/Enfermera Especializada ☐ Enfermera ☐ Administrador de Caso ☐ Consejero ☐ Otro_____

¿Este horario satisface sus necesidades? ☐ Sí ☐ No

Si usted contesto “No” ¿qué días/y horarios es preferible para usted?

¿Qué le gusta a usted sobre nuestros servicios?

¿Qué le gustaría que cambiara de nuestros servicios?

Por favor devuelva esta encuesta al Oficial de Derechos del Centro MHMR Condado Denton ubicado en el 2519 Scripture St., Denton TX 76201 o en el punto de recolección de encuestas en el vestíbulo principal.

La información que nos ha proporcionado será objeto de seguimiento y tratamiento con sus departamentos correspondientes.

Si desea realizar un seguimiento sobre cualquier problema, escriba su nombre u número de teléfono a continuación y el Oficial de Derechos se comunicará con usted.

Nombre: _____ Numero de Teléfono: _____