

Nombre de Agencia: _____ Edad del cliente: _____

Nombre del Terapeuta: _____

Utilice esto según la edad apropiada. Haga que los jóvenes o adultos jóvenes completen si han asistido a 5 o más sesiones de asesoramiento. Enviar por correo electrónico a vouchers@columbusunitedway.com. Gracias!

Encuesta de satisfacción de vales de salud mental

Resultados:

Como resultado directo de los servicios que recibí:

1. Trato con mayor eficacia los problemas diarios.

Completamente De Acuerdo De Acuerdo Neutral En Desacuerdo Totalmente en Desacuerdo

2. Puedo controlar mejor mi vida.

Completamente De Acuerdo De Acuerdo Neutral En Desacuerdo Totalmente en Desacuerdo

3. Me llevo mejor con mi familia.

Completamente De Acuerdo De Acuerdo Neutral En Desacuerdo Totalmente en Desacuerdo

4. Lo hago mejor en situaciones sociales.

Completamente De Acuerdo De Acuerdo Neutral En Desacuerdo Totalmente en Desacuerdo

5. Me va mejor en la escuela y / o en el trabajo.

Completamente De Acuerdo De Acuerdo Neutral En Desacuerdo Totalmente en Desacuerdo

6. Mis síntomas no me molestan tanto.

Completamente De Acuerdo De Acuerdo Neutral En Desacuerdo Totalmente en Desacuerdo

Satisfacción general:

7. Me gustan los servicios que recibí aquí.

Completamente De Acuerdo De Acuerdo Neutral En Desacuerdo Totalmente en Desacuerdo

Funcionando:

Como resultado directo de los servicios que recibí:

8. Estoy en mejores condiciones para atender mis necesidades.

Completamente De Acuerdo De Acuerdo Neutral En Desacuerdo Totalmente en Desacuerdo

9. Puedo manejar mejor las cosas cuando salen mal.

Completamente De Acuerdo De Acuerdo Neutral En Desacuerdo Totalmente en Desacuerdo

Conectividad social:

10. Estoy content/a con las amistades que tengo.

Completamente De Acuerdo De Acuerdo Neutral En Desacuerdo Totalmente en Desacuerdo

11. En una crisis, tendría el apoyo que necesito de familiares o amigos.

Completamente De Acuerdo De Acuerdo Neutral En Desacuerdo Totalmente en Desacuerdo