

CLIENT SATISFACTION SURVEY FOR MENTAL HEALTH SERVICES (ADULT)



MENTAL HEALTH SERVICES

1. Provider's name: _____
How long have you worked with them? _____

How well do you feel understood by your therapist?

- 5 - Extremely well
- 4
- 3 - So-so
- 2
- 1 - Not at all

2. Is therapy focusing on what you want to work on?

- 5 - Yes
- 4
- 3 - Mostly
- 2
- 1 - Not really

3. How satisfied are you with the therapy services you received?

- 5 - Extremely satisfied
- 4
- 3 - Somewhat satisfied
- 2
- 1 - Not satisfied at all

4. How likely are you to recommend therapy services to a friend or family member in a similar situation?

- 5 - I would definitely recommend these services
- 4
- 3 - Not sure - it would depend
- 2
- 1 - Not at all

5. How satisfied were you with how quickly Intake contacted you after you first called for help or were referred for therapy?

- 5 - Extremely satisfied
- 4
- 3 - Somewhat satisfied
- 2
- 1 - Not satisfied at all

6. How well do you feel the providers working with you/ your family are working together?

- 5 - Extremely well
- 4
- 3 - So-so
- 2
- 1 - Not well

7. What has made therapy less accessible to you or your family?

- Transportation Other: _____
- Cost of Services
- Wait time
- Stigma

8. How could services be improved to better meet your needs?

9. Would you like a phone call from the program supervisor to discuss any of these questions?

- Yes
- No

10. Would you like a phone call from the program supervisor to discuss any of these questions?



THANK YOU for taking the time to answer these questions! Your feedback helps us ensure that we are delivering the best services possible, and we take your input very seriously.

Sincerely yours,

Mica Cavuoto, MS, LPCC

Mica Cavuoto, MS, LPCC
Outpatient Mental Health and CTSS Program
Manager
651-379-4242



STRENGTHENING COMMUNITIES SINCE 1981
— FORTALECIENDO COMUNIDADES DESDE 1981 —

www.CLUES.org



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL (ADULTO)



SERVICIOS DE SALUD MENTAL

1. Nombre de su terapeuta: _____

¿Cuánto tiempo lleva trabajando con ellos? _____

¿Qué tan bien se siente comprendido por su terapeuta?

- 5 - Extremadamente bien
 4
 3 - Más o menos
 2
 1 - Nada

2. ¿Se está enfocando la terapia en lo que usted quiere trabajar?

- 5 - Sí
 4
 3 - La mayoría de las veces
 2
 1 - No realmente

3. ¿Qué tan satisfecho está con los servicios de terapia que recibió?

- 5 - Extremadamente satisfecho
 4
 3 - Algo satisfecho
 2
 1 - Nada satisfecho

4. ¿Qué tan probable es que recomiende servicios de terapia a un amigo o familiar en una situación similar?

- 5 - Definitivamente recomendaría estos servicios
 4
 3 - No estoy seguro - dependería
 2
 1 - En absoluto

5. ¿Qué tan satisfecho estuvo con la rapidez con la que Admisión se comunicó con usted después de que pidió ayuda por primera vez o fue derivado a terapia?

- 5 - Extremadamente satisfecho
 4
 3 - Algo satisfecho
 2
 1 - Nada satisfecho

6. ¿Qué tan bien cree que los proveedores que trabajan con usted o su familia están trabajando juntos?

- 5 - Extremadamente bien
 4
 3 - Más o menos
 2
 1 - No muy bien

7. ¿Qué ha hecho que la terapia sea menos accesible para usted o su familia?

- Transporte Otro: _____
 Costo de los servicios
 Tiempo de espera
 Estigma

8. ¿Cómo podrían mejorarse los servicios para satisfacer mejor sus necesidades?

9. ¿Le gustaría una llamada telefónica del supervisor del programa para discutir cualquiera de estas preguntas?

- Sí
 No

10. Si es así, ¿qué número de teléfono deberían usar para contactarlo?



GRACIAS por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas. Sus respuestas nos ayudan a asegurarnos de que estamos ofreciendo los mejores servicios posibles, y tomamos su contribución muy seriamente.



STRENGTHENING COMMUNITIES SINCE 1981
— FORTALECIENDO COMUNIDADES DESDE 1981 —

www.CLUES.org



Atentamente,

Mica Cavuoto, MS, LPCC

Mica Cavuoto, MS, LPCC
Outpatient Mental Health and CTSS
Program
Manager
651-379-4242