



CLIENT SATISFACTION SURVEY FOR MENTAL HEALTH SERVICES (CHILD)



MENTAL HEALTH SERVICES

1. Provider's name: _____

How long have you worked with them? _____

How well does your child feel understood by their therapist?

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

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

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

3. How satisfied are you with the therapy services your child has 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 - Very satisfied
- 4
- 3 - Not sure/ I don't know
- 2
- 1 - Not satisfied at all

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

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

7. How well were you/your family members included in your child's therapy?

- 5 - Very well
- 4
- 3 - Kind of well
- 2
- 1 - Not well

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

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

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

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

- Yes
- No

11. 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,

Nancy Ortega

Nancy Ortega, MSW, LICSW
Outpatient Mental Health Supervisor
nortega@clues.org



STRENGTHENING COMMUNITIES SINCE 1981
— FORTALECIENDO COMUNIDADES DESDE 1981 —

www.CLUES.org



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL (MENOR DE EDAD)



SERVICIOS DE SALUD MENTAL

1. Nombre de su terapeuta: _____

¿Cuánto tiempo lleva trabajando con ellos? _____

¿Qué tan bien se siente si hijo 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 y su hijo quieren 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 ha recibió si hijo?

- 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 – Muy satisfecho
- 4
- 3 – No estoy seguro/ No se
- 2
- 1 – Nada satisfecho

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

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

6. ¿Qué tan bien se incluyeron usted o los miembros de su familia en la terapia de su hijo?

- 5 – Muy 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
- Costo de los servicios
- Tiempo de espera
- Estigma
- Otro: _____

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,

Nancy Ortega

Nancy Ortega, MSW, LICSW
Outpatient Mental Health
Supervisor
nortega@clues.org