

Encuesta de Satisfacción Individual  
Coordinación de Servicios del Medicaid

Fecha de encuesta: \_\_\_\_\_

Nombre del individuo: \_\_\_\_\_

Sitio/ Lugar: \_\_\_\_\_

Entrevistado por: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Firma del individuo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1) Sabes quien es tu Coordinador de Servicios?

Si No

Si tu respuesta es No, Por qué? \_\_\_\_\_

2) Te haz reunido con el/ ella?

Si No

Si tu respuesta es No, Por qué? \_\_\_\_\_

3) Ves o hablas con tu Coordinador de Servicios?

Si No

Si tu respuesta es Si, que tan a menudo (en persona, por teléfono, etc)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) Sientes que tienes los apoyos necesarios de acuerdo a tus necesidades?

Si No

Si tu respuesta es No, Por qué? \_\_\_\_\_

5) Haz pedido anteriormente un cambio?

Si No

Si tu respuesta es Si, Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6) Que harias si tienes alguna queja acerca de tus servicios o de tu Coordinador de Servicios?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7) Si dejas un mensaje a tu Coordinador de servicios; le toma largo tiempo regresar la llamada?

Si No

Si tu respuesta es Si, que tanto se tarda? \_\_\_\_\_

8) Se te ha proveido un número de teléfono en el que puedas localizar, en caso de emergencia fuera de horario de trabajo, a tu coordinador de servicios?

Si No

9) Haz sido orientado hacerca de los servicios disponibles para ti?

Si No

**Las siguientes preguntas son para los individuos recibiendo servicio en casas certificadas por el estado.**

**1) Quién eligió donde vives?**

---

---

---

**2) Alguién te mostró o habló contigo acerca de las opciones de lugares donde pudieras vivir?**

Si                      No

**3) Quién eligió tu trabajo?**

---

---

**4) Alguién te mostró o habló contigo acerca de los diferentes opciones de trabajos que tu podrías tener?**

Si                      No