

NC DEPARTMENT OF
**HEALTH AND
HUMAN SERVICES**

Division of Mental Health,
Developmental Disabilities and
Substance Use Services

2025 NC Mental Health/Substance Use Disorder Client Perceptions of Care Survey

Encuesta de Cuidado de Percepciones de Clientes con Desórdenes de Uso de Sustancias/ Salud Mental de Carolina del Norte 2025

YOUTH SURVEY (Clients 12 to 17 years)

ENCUESTA JUVENIL (Clientes 12 a 17 años)

Instructions for Community MH/SUD Service Providers

Instrucciones para Proveedores de Servicios Comunitarios MH/SUD

ALL ITEMS ON THIS PAGE SHOULD BE COMPLETED BY THE SERVICE PROVIDER BEFORE THE CLIENT COMPLETES THE SURVEY.

Todos los artículos en esta página deberán completarse por el proveedor de servicios antes de que el cliente complete la encuesta.

PLEASE WORK WITH THE TAILORED PLAN TO DETERMINE THE CORRECT NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) YOUR AGENCY SHOULD USE TO SUBMIT SURVEYS.

POR FAVOR TRABAJE CON LAS TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) PARA DETERMINAR EL CORRECTO IDENTIFICADOR NACIONAL DE PROVEEDORES (NPI por sus siglas en inglés) QUE SU AGENCIA DEBE UTILIZAR PARA ENVIAR LAS ENCUESTAS.

Provider NPI *

Enter the provider's 10-digit National Provider Identifier number. Contact the TAILORED PLAN if you do not know which NPI to enter. (Ingrese el Identificador de proveedor nacional de 10 dígitos del proveedor. Comuníquese con las TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) si no sabe qué NPI ingresar.)

Is this member a Medicaid beneficiary?*

¿Es este miembro un beneficiario de Medicaid?

- ☐ Yes (Sí)
- ☐ No (No)
- ☐ Don't know (No sé)

Member's TAILORED PLAN or Other NC Medicaid Plan*

TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) del Miembro or NC Medicaid Plan

- ☐ Alliance Health
- ☐ Partners Health Management
- ☐ Trillium Health Resources
- ☐ Vaya Health
- ☐ AmeriHealth Caritas of North Carolina
- ☐ Blue Cross and Blue Shield of North Carolina
- ☐ UnitedHealthcare of North Carolina
- ☐ WellCare of North Carolina
- ☐ Carolina Complete Health, Inc.
- ☐ Eastern Band of Cherokee Indians (EBCI) Tribal Option
- ☐ NC Medicaid Direct (fee for service)

PLEASE WORK WITH THE TAILORED PLAN TO DETERMINE THE CORRECT TAILORED PLAN CLIENT NUMBER TO SUBMIT WITH EACH MEMBER SURVEY. THE TAILORED PLAN CLIENT NUMBER UNIQUELY IDENTIFIES THE MEMBER WITHIN THE TAILORED PLAN AND IS DISTINCT FROM OTHER IDENTIFIERS SUCH AS THE PROVIDER AGENCY INTERNAL RECORD NUMBER, COMMON NAME DATA SERVICE (CNDS), MEDICAID ID, OR OTHER INSURANCE ID.

POR FAVOR TRABAJE CON LAS TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) PARA DETERMINAR EL NÚMERO DE CLIENTE DE TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) CORRECTO PARA ENVIAR CON LA ENCUESTA DE CADA MIEMBRO. EL NÚMERO DE CLIENTE DE LAS TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) IDENTIFICA ÚNICAMENTE AL MIEMBRO DENTRO DE LAS TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) Y ES DISTINTO DE OTROS IDENTIFICADORES, COMO EL NÚMERO DE REGISTRO INTERNO DE LA AGENCIA DEL PROVEEDOR, EL SERVICIO DE DATOS DE NOMBRE COMÚN (CNDS por sus siglas en inglés), IDENTIFICACIÓN DE MEDICAID U OTRA IDENTIFICACIÓN DE SEGURO.

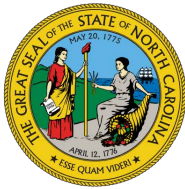
Member's TAILORED PLAN Client Number (Número de cliente de las TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) del miembro)

Enter the person's unique Client Number assigned by the Tailored Plan. Contact the Tailored Plan if you do not know the member's correct Tailored Plan Client Number. Other NC Medicaid Plan members will not have a Tailored Plan Client Number. If the person has another NC Medicaid Plan member leave this item blank. (Ingrese el número de cliente único de la persona asignado por las TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS). Comuníquese con las TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) si no conoce el número de cliente TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) correcto del miembro. Los miembros del plan de Medicaid de NC no tendrán un número de cliente TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS). Si la persona es miembro del plan de Medicaid de NC, deje este espacio en blanco.)

Please indicate how the client survey is being administered.*

Por favor indique cómo se administrará la encuesta de clientes.

- ☐ Client is completing electronically using computer or other device (El cliente completa electrónicamente usando una computadora u otro dispositivo)
- ☐ Client is completing paper copy (El cliente completa una copia impresa)
- ☐ Clinical provider staff is administering by telephone or camera connection (El personal de proveedor clínico administra vía telefónica o mediante conexión de video)
- ☐ Non-clinical provider staff is administering by telephone or camera connection (El personal del proveedor no-clínico administra vía telefónica o mediante conexión de video)
- ☐ Tailored Plan is administering by telephone or camera connection (TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) administra vía telefónica o mediante conexión de video)
- ☐ Other, please describe (Otro, por favor describa):



NC DEPARTMENT OF
**HEALTH AND
HUMAN SERVICES**
Division of Mental Health,
Developmental Disabilities and
Substance Use Services

Gracias por ayudar a nuestra agencia a mejorar los servicios al contestar algunas preguntas sobre nuestros servicios. Sus respuestas son confidenciales y no influenciarán los servicios actuales o futuros que reciban.

INFORMACIÓN DE RESPALDO

Por favor diga algo sobre usted.

¿Cuál es su edad?

Ingrese su edad en años de su cumpleaños más reciente.

Género:

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Other

¿Es hispano o Latino/a?

- ☐ Si
- ☐ No

¿Cuál de lo siguiente describe mejor sus antecedentes raciales?

Seleccione la opción que mejor le describa.

- ☐ Blanco
- ☐ Asiático
- ☐ Afroamericano/ Negro
- ☐ Multi-racial
- ☐ Indígena americano/ Nativo americano
- ☐ Nativo de Alaska
- ☐ Isleño del Pacífico
- ☐ Desconocido
- ☐ Otro

¿Cuál es la razón principal por la cual recibe servicios?

- ☐ Salud Mental
- ☐ Uso de sustancias

SUS SERVICIOS

Por favor responda las siguientes preguntas, basándose en los servicios que haya recibido en el último año. Indique si está de acuerdo, totalmente de acuerdo, neutral, desacuerdo o totalmente en desacuerdo con cada declaración. Si la pregunta es sobre algo que no ha experimentado, por favor llene el círculo de No aplicable (N/A) para indicar que el artículo ya no le aplica.

1. En general, estoy satisfecho con los servicios que he recibido.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

2. He ayudado a elegir mis servicios.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

3. He ayudado a elegir mis metas de tratamiento.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

4. Las personas ayudándome me han apoyado sin importar la situación.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

5. Siento que he tenido a alguien con quien hablar cuando estaba en problemas.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

6. He participado en mi propio tratamiento.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

7. He recibido servicios ideales para mí.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

8. La ubicación de los servicios fue conveniente.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

9. Los servicios estaban disponibles en momentos convenientes para mí.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

10. Obtuve la ayuda que deseaba.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

11. Obtuve tanta ayuda como necesitaba.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

12. El personal me trató con respeto.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

13. El personal respetó mis creencias religiosas/espirituales.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

14. El personal habló conmigo de manera que pude comprender.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

15. El personal fue sensible con mis antecedentes culturales/étnicos.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

Como resultado directo de los servicios, recibidos...

16. Puedo gestionar mi vida mejor.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

17. Me llevo mejor con mis miembros familiares.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

18. Me llevo mejor con amigos y otras personas.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

19. Me va mejor en la escuela y/o trabajo.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

Como resultado directo de los servicios, recibidos...

20. Puedo lidiar mejor cuando las cosas van mal.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

21. Estoy satisfecho con nuestra vida familiar por el momento.

- ☐ Acuerdo totalmente
- ☐ Acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Desacuerdo
- ☐ Desacuerdo totalmente
- ☐ N/A

¿En qué condado de Carolina del Norte vive actualmente?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Alamance | ☐ Alexander |
| ☐ Alleghany | ☐ Anson |
| ☐ Ashe | ☐ Avery |
| ☐ Beaufort | ☐ Bertie |
| ☐ Bladen | ☐ Brunswick |
| ☐ Buncombe | ☐ Burke |
| ☐ Cabarrus | ☐ Caldwell |
| ☐ Camden | ☐ Carteret |
| ☐ Caswell | ☐ Catawba |
| ☐ Chatham | ☐ Cherokee |
| ☐ Chowan | ☐ Clay |
| ☐ Cleveland | ☐ Columbus |
| ☐ Craven | ☐ Cumberland |
| ☐ Currituck | ☐ Dare |
| ☐ Davidson | ☐ Davie |
| ☐ Duplin | ☐ Durham |
| ☐ Edgecombe | ☐ Forsyth |
| ☐ Franklin | ☐ Gaston |
| ☐ Gates | ☐ Graham |
| ☐ Granville | ☐ Greene |
| ☐ Guilford | ☐ Halifax |
| ☐ Harnett | ☐ Haywood |
| ☐ Henderson | ☐ Hertford |
| ☐ Hoke | ☐ Hyde |
| ☐ Iredell | ☐ Jackson |
| ☐ Johnston | ☐ Jones |
| ☐ Lee | ☐ Lenoir |
| ☐ Lincoln | ☐ Macon |
| ☐ Madison | ☐ Martin |
| ☐ McDowell | ☐ Mecklenburg |
| ☐ Mitchell | ☐ Montgomery |
| ☐ Moore | ☐ Nash |
| ☐ New Hanover | ☐ Northampton |
| ☐ Onslow | ☐ Orange |
| ☐ Pamlico | ☐ Pasquotank |
| ☐ Pender | ☐ Perquimans |
| ☐ Person | ☐ Pitt |
| ☐ Polk | ☐ Randolph |
| ☐ Richmond | ☐ Robeson |
| ☐ Rockingham | ☐ Rowan |
| ☐ Rutherford | ☐ Sampson |
| ☐ Scotland | ☐ Stanly |
| ☐ Stokes | ☐ Surry |
| ☐ Swain | ☐ Transylvania |
| ☐ Tyrrell | ☐ Union |
| ☐ Vance | ☐ Wake |
| ☐ Warren | ☐ Washington |
| ☐ Watauga | ☐ Wayne |
| ☐ Wilkes | ☐ Wilson |
| ☐ Yadkin | ☐ Yancey |

TELEMEDICINA/ TELETERAPIA

"Telemedicina" usa dispositivos electrónicos como computadora o teléfonos para citas con sus proveedores médicos. Esto puede incluir citas de terapia (teleterapia) o verificación por teléfono o usando la cámara en su computadora o teléfono inteligente para "Chatear por video" o usar "facetime" con su proveedor de servicios. "Teleterapia" es una forma de telemedicina.

1. En los últimos seis meses, ¿Recibió cualquier servicio de teleterapia o telemedicina de su proveedor de salud mental o de uso de sustancias?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro

2. Acceso/Proveedor- En los últimos seis meses, ¿Calque de los siguientes interfirieron con su habilidad de recibir servicios de teleterapia o telemedicina de sus proveedores de salud mental o uso de sustancias?

Marque todos los que apliquen.

- ☐ No, nada interfirió con mi habilidad de obtener servicios de telemedicina
- ☐ Mi proveedor no ofrece servicios de telemedicina
- ☐ Las citas de telemedicina no estuvieron disponibles a horas convenientes para mi

3. Tecnología/Costo- En los últimos seis meses, ¿Cualquiera de los siguientes interfirieron con su habilidad de recibir servicios de teleterapia o telemedicina de sus proveedores de salud mental o uso de sustancias?

Marque todos los que apliquen.

- ☐ No, nada interfirió con mi habilidad de obtener servicios de telemedicina
- ☐ No tengo un teléfono inteligente o computadora
- ☐ El internet de alta velocidad es limitado o no está disponible en mi área
- ☐ El costo de internet o servicios telefónicos es una barrera
- ☐ No estoy cómodo usando tecnología para telemedicina (teléfonos inteligentes/computadores, internet, etc.)

4. Incomodidad/Privacidad-En los últimos seis meses, ¿Cualquiera de los siguientes interfirieron con su habilidad de recibir servicios de teleterapia o telemedicina de sus proveedores de salud mental o uso de sustancias?

Marque todos los que apliquen.

- ☐ No, nada interfirió con mi habilidad de obtener servicios de telemedicina
- ☐ No estoy cómodo usando tecnología para telemedicina (teléfonos inteligentes/computadores, internet, etc.)
- ☐ Tengo preocupaciones sobre la privacidad de sesiones de telemedicina
- ☐ No estoy en un entorno donde pueda usar servicios de telemedicina de manera segura o privada

5. Preferencia Personal- En los últimos seis meses, ¿Cualquiera de los siguientes interfirieron con su habilidad de recibir servicios de teleterapia o telemedicina de sus proveedores de salud mental o uso de sustancias?

Marque todos los que apliquen.

- ☐ No, nada interfirió con mi habilidad de obtener servicios de telemedicina
- ☐ No creo que telemedicina pueda ser de ayuda
- ☐ No creo que telemedicina sea adecuada para mí
- ☐ Prefiero las consultas presenciales en lugar de los servicios de teleterapia/telemedicina.

6. En comparación con ver a su proveedor de servicios de salud mental o uso de sustancias en persona, ¿Qué tanta ayuda ofreció los servicios de teleterapia o telemedicina recibidos en los últimos seis meses?

- ☐ Mucho menos ayuda
- ☐ Algo de ayuda
- ☐ Aproximadamente igual que ver a mi proveedor en persona
- ☐ Algo más de ayuda
- ☐ Mucho mejor
- ☐ No aplica, no he recibido telemedicina

7. ¿Hay algo que le gustaría decirnos sobre su experiencia con los servicios de teleterapia o telemedicina?

¡Gracias por completar la encuesta!

Quien debemos contactar con dudas sobre sus servicios

La división de Salud Mental de Carolina del Norte, Servicios de Discapacidades del Desarrollo y Abuso de Sustancias, Equipo de Servicio al cliente y Derechos Comunitarios, se compromete a tratar las necesidades de consumidores y miembros familiares a través de servicios oportunos y de calidad. Contáctenos al 1-855-262-1946, o en nuestra página web en www.ncdhhs.gov/mhddsas al ir al vínculo de Servicio al Cliente y Empoderamiento del Consumidor.