



NC DEPARTMENT OF
**HEALTH AND
HUMAN SERVICES**

Division of Mental Health,
Developmental Disabilities and
Substance Use Services

**2026 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 2026

ADULT SURVEY (Clients 18 years and older)

ENCUESTA PARA ADULTOS (Clientes de 18 años y mayores)

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 *Required

Enter the provider's 10-digit National Provider Identifier (NPI) number. Contact the Tailored Plan if you do not know
which NPI to enter. Ingrese el número de Identificación Nacional del Proveedor (NPI) de 10 dígitos del proveedor.
Comuníquese con el Plan Personalizado si no sabe qué NPI debe ingresar. *The number entered here must be exactly
10-digits. El número ingresado aquí debe tener exactamente 10 dígitos. *)

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.

Required 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) *Required*

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. NC Medicaid Plan members will not have a TAILORED PLAN Client Number. (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).)

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?

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. Me gustan los servicios que he recibido.

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

2. Si he tenido otras opciones, me gustaría aún recibir servicios de esta agencia.

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

3. Me gustaría recomendar a esta agencia a un amigo o miembro familiar.

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

4. La ubicación de los servicios fue conveniente (estacionamiento, transporte público, distancia, etc.).

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

5. El personal estaba dispuesto a verme tan seguido como sintiera necesario.

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

6. El personal regresó mis llamadas dentro de 24 horas.

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

7. Los servicios estuvieron disponibles en momentos oportunos para mí.

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

8. Pude obtener todos los servicios que creí necesarios.

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

9. El personal cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.

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

10. Siento libre de expresar mis quejas.

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

11. El personal me ha dicho que efectos secundarios debo vigilar.

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

12. El personal respetó mis deseos sobre quién y quién no recibirá información sobre mi tratamiento.

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

13. El personal fue sensible a mis antecedentes culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).

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

14. El personal me ayudó a obtener la información necesaria para poder tomar cargo de la gestión de mi enfermedad.

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

15. Pude visitar a un psiquiatra cuando quise.

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

16. Me siento cómodo haciendo preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.

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

17. Obtuve información sobre mis derechos.

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

18. Encontré programas gestionados para el uso de consumidores (grupos de soporte, centros de visita, línea telefónica de crisis, etc.).

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

19. El personal me alentó a tomar responsabilidad de cómo vivo mi vida.

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

20. Yo tome las decisiones sobre mis metas de tratamiento, no el personal.

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

Como un resultado directo de los servicios que he recibido...

21. Puedo tratar más efectivamente mis problemas diarios.

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

22. Puedo controlar mi vida mejor.

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

23. Puedo lidiar mejor con crisis.

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

Como un resultado directo de los servicios que he recibido...

24. Me llevo mejor con mi familia.

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

25. Llevo mejores situaciones sociales.

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

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

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

27. Mis síntomas no me molestan tanto.

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

28. Mi situación de vivienda ha mejorado.

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

29. Hago cosas que me importan.

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

30. Puedo cuidar mejor de mis necesidades.

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

Como un resultado directo de los servicios que he recibido...

31. Puedo manejar las cosas mejor cuando salen mal.

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

32. Puedo hacer cosas que quiero hacer.

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

Por favor provea la respuesta a las preguntas a continuación sobre sus relaciones con personas distintas a los proveedores de servicios de salud médica.

33. En una crisis tendría el apoyo necesario de mis familiares o amigos.

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

34. Estoy feliz con las amistades que tengo.

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

35. Tengo personas con las que hago cosas que disfruto.

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

36. Siento que pertenezco dentro de mi comunidad.

- ☐ 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?

- ☐ 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- 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?

- ☐ 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
- ☐ No estoy cómodo usando tecnología para telemedicina (teléfonos inteligentes/computadores, internet, etc.)

4. 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?

- ☐ No, nada interfirió con mi habilidad de obtener servicios de telemedicina
- ☐ El costo de internet o servicios telefónicos es una barrera

5. Incomodidad- 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?

- ☐ No, nada interfirió con mi habilidad de obtener servicios de telemedicina
- ☐ No estoy cómodo usando tecnología para telemedicina (teléfonos inteligentes/computadores, internet, etc.)

6. 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?

- ☐ No, nada interfirió con mi habilidad de obtener servicios de telemedicina
- ☐ 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

- 7. 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 la atención por telemedicina sea útil o adecuada para mí
☐ Prefiero las consultas presenciales en lugar de los servicios de teleterapia/telemedicina

- 8. 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

- 9. ¿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 Uso 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 984-536-5300, 1-855-262-1946 o email: dmh.advocacy@dhhs.nc.gov, en nuestra página web en <https://www.ncdhhs.gov/divisions/mhddsus> al ir al vínculo de Servicio al Cliente y Empoderamiento del Consumidor.