



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

CHILD FAMILY SURVEY (Family members/guardians of children 11 years old and younger)

ENCUESTA PARA FAMILIAS DE MENORES (Miembros familiares / guardianes de menores de 11 años y menores)

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 CHILD FAMILY MEMBER 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 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 (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) o Plan de Medicaid de NC del Miembro

- ☐ 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 or Medicaid ID *REQUIRED* (Número de cliente de las TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) del miembro)

Member's Tailored Plan Client Number or Medicaid ID *REQUIRED* Enter the person's unique Client Number assigned by the Tailored Plan/LME-MCO or Medicaid ID. 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.

Ingrese el número de cliente único de la persona asignado por la TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS). Comuníquese con la 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 survey is being administered.*

Por favor indique cómo la encuesta se administra.

- ☐ Respondent is completing electronically using computer or other device (Encuestado completa de manera electrónica usando su computadora u otro dispositivo)
- ☐ Respondent is completing paper copy (El encuestado completa una copia impresa)
- ☐ Clinical provider staff is administering by telephone or camera connection (El personal de proveedor clínico administra por teléfono o conexión de cámara)
- ☐ Non-clinical provider staff is administering by telephone or camera connection (Personal de proveedores no clínicos administran por teléfono o conexión por video)
- ☐ TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) is administering by telephone or camera connection (TAILORED PLAN (PLAN PERSONALIZADOS) administran por teléfono o conexión por 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 responder algunas preguntas sobre los servicios de su hijo(a). Sus respuestas son confidenciales y no influenciarán los servicios que su hijo(a) reciba.

INFORMACIÓN DE RESPALDO

¿La edad de su hijo?

Ingrese la edad de su hijo(a) en años tras su último cumpleaños.

¿Género de su hijo?

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Otro

¿Es su hijo(a) hispano o latino/a?

- ☐ Si
- ☐ No

¿Cuál de lo siguiente describe mejor los antecedentes raciales de su hijo(a)?

Seleccione la opción que mejor describa a su hijo.

- ☐ 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 su hijo(a) recibe servicios?

- ☐ Salud mental
- ☐ Uso de sustancias

SERVICIOS DE SU HIJO(A)

Por favor responda las siguientes preguntas, basándose en los servicios que su hijo ha recibido en el último año. Indica si usted está totalmente de Acuerdo, Acuerdo, are Neutral, Desacuerdo, o Totalmente en desacuerdo con cada declaración. Si la pregunta es sobre algo que usted o su hijo no han experimentado, por favor llene el círculo de No Aplicable (N/A) para indicarlo.

1. En general estoy satisfecho con los servicios que mi hijo(a) ha recibido.

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

2. He ayudado a elegir los servicios de mi hijo(a).

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

3. Ayudé a elegir las metas de tratamiento de mi hijo(a).

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

4. Las personas ayudando a mi hijo se quedaron sin importar lo que pasara.

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

5. Sentí que mi hijo tenía a alguien con quien pudiera hablar cuando se sentía en problemas.

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

6. Participé en el tratamiento de mi hijo(a).

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

7. Los servicios que mi hijo(a) y/o familia recibieron fueron los adecuados.

- ☐ 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 a horas convenientes para nosotros.

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

10. Mi familia obtuvo la ayuda necesaria para mi hijo(a).

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

11. Mi familia obtuvo la ayuda necesaria.

- ☐ 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 las creencias religiosas/espirituales de mi familia.

- ☐ 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 a mi antecedente cultural/étnico.

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

Como resultado directo de los servicios que mi hijo(a) recibió...

16. Mi hijo mejoró en su vida diaria.

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

17. Mi hijo se lleva mejor con miembros familiares.

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

18. Mi hijo se lleva mejor con amigos y otras personas.

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

Como resultado directo de los servicios que mi hijo(a) recibió...

19. Mi hijo ha mejorado en la escuela.

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

20. Mi hijo puede lidiar mejor cuando las cosas salen mal.

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

21. Estoy satisfecho con nuestra vida familiar actual.

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

22. Mi hijo ha mejorado al hacer las cosas que quiere hacer.

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

Responda las preguntas a continuación sobre las relaciones con personas distintas al proveedor de salud mental de su hijo(a).

23. Conozco a personas que escucharán y me entenderán cuando necesito hablar.

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

24. Conozco a personas con las que estoy cómodo hablando sobre los problemas de mi hijo(a).

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

25. En una crisis, tengo el soporte necesario de familia o amigos.

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

26. Tengo personas con las que puedo hacer cosas divertidas.

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

¿En qué condado de Carolina del Norte vive su hijo(a)?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 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. Por favor responda las siguientes preguntas sobre cómo le ha estado yendo a su hijo más recientemente.

- 1. 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 nosotros
- 2. 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.)
- 3. 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
- 4. 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.)
- 5. 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
- 6. 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

7. 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

¿Hay algo más que le gustaría decirnos sobre la experiencia de su hijo(a) en relación a servicios de telemedicina o teleterapia?

¡Gracias por completar la encuesta!

A quién contactamos con preocupaciones sobre los servicios de su hijo(a)

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 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.