

Encuesta final para los participantes de SCRAM

Bienvenido a la encuesta final para los participantes de SCRAM. Su participación en la encuesta permite a AMS obtener información importante sobre la efectividad de la experiencia con SCRAM. Los resultados globales se compilan trimestralmente y se publican en SCRAMNet para su beneficio.

Instrucciones

Una vez que su cliente haya completado el programa SCRAM y antes de quitarle el brazalete, invítelo a completar esta breve encuesta de dos partes, según se describe a continuación:

- **Primera parte: Información básica** (2 minutos)
Las preguntas 1 a la 5 debe completarlas el proveedor de servicios o el agente supervisor.
- **Segunda parte: Experiencia del cliente con SCRAM** (6 a 8 minutos)
Las preguntas 6 a la 15 debe completarlas el cliente.
- **Envío de la encuesta**
Cuando compile aproximadamente 10 encuestas, envíelas a AMS a:

1241 West Mineral Avenue
Littleton, CO 80120
Attn: Exit Survey

Si acumula menos de 10 encuestas completadas, asegúrese de enviar la cantidad que tenga a AMS antes del final de cada trimestre.
- **Encuesta en línea**
Siempre que sea posible, utilice la versión en línea de la encuesta que es el método de entrega preferente. Refiérase a las instrucciones para la encuesta de salida que se encuentran por Internet en OnTarget, bajo "Customer Support".

Primera parte: Información básica

1. **Nombre del proveedor de servicio, tribunal o agencia:** _____
2. **Condado en el cual se llevó a cabo el programa SCRAM:** _____
3. **Estado en el cual se llevó a cabo el programa SCRAM:** _____
4. **Fecha en la cual el cliente completó el programa SCRAM:** ____ / ____ / ____
(MM / DD / AAAA)
5. **Duración del cliente en el programa SCRAM:**
 - 0 - 30 días
 - 31 - 60 días
 - 61 - 90 días
 - 91 -120 días
 - 121 días o más

Segunda parte: Experiencia con SCRAM

6. ¿Considera que usar el brazalete SCRAM le ayudó a contenerse de beber alcohol?
 Sí
 No
7. ¿Trabajó o fue a clases mientras tenía el SCRAM?
 Sí
 No
8. ¿Le resultó fácil usar el brazalete SCRAM en sus actividades cotidianas, tales como desempeñar sus obligaciones laborales, asistir a clases, hacer ejercicio, etc.?
 Sí
 No
9. Si recibía tratamiento mientras tenía el SCRAM, ¿en qué tipos de programas participó? (marque todas las opciones pertinentes)
 Alcohólicos Anónimos u otro programa de ayuda basado en las 12 etapas
 Tratamiento auspiciado por el tribunal o la agencia/Programa de orientación
 Programa de intervención
 Terapia individual o grupal
 No es pertinente
 Otro (especifique): _____
10. ¿Pudo realizar abonos a las tasas judiciales, multas o indemnizaciones adeudadas mientras tenía el SCRAM?
 Sí
 No
 No es pertinente
11. Antes de tener el SCRAM, aproximadamente ¿cuánto gastaba DIARIAMENTE en alcohol?
\$ _____
12. ¿Recomendaría el SCRAM a personas que tengan problemas con el alcohol?
 Sí
 No
13. ¿Se estrecharon sus vínculos familiares o amistades mientras tenía el SCRAM?
 Sí
 No
14. ¿Considera que el programa SCRAM le ha beneficiado?
 Sí
 No
15. Comente su experiencia general con el programa SCRAM. ¡GRACIAS!

