

- Por favor, ayude a nuestra agencia a mejorar nuestros servicios contestando algunas preguntas. Sus respuestas son confidenciales y no influirán en los servicios que recibe o recibirá en el futuro. En cada uno de los apartados de la encuesta que figuran a continuación, rellene el círculo que corresponda a su elección.
- Por favor responda las siguientes preguntas basándose en los **ÚLTIMOS 6 MESES** o si no ha recibido servicios en 6 meses, sólo responda basado en los servicios que ha recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso(a), En desacuerdo, o Definitivamente en desacuerdo** con cada uno de los enunciados que se encuentran aquí abajo. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, seleccione "**No Aplica**" para indicar que esta declaración no aplica a usted.
- Por favor rellene completamente el círculo. Correcto ●
Incorrecto ○ ⊗ ⊕ ✓

| | Definitivamente de acuerdo | De acuerdo | Indeciso(a) | En desacuerdo | Definitivamente en desacuerdo | No Aplica |
|---|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 1. Me gustaron los servicios que recibí en esta agencia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Aunque tuviera otras opciones, elegiría seguir recibiendo servicios en esta agencia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. La ubicación de los servicios fue conveniente. <i>estacionamiento, transporte público, distancia, etc.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. El personal regresó mis llamadas dentro de 24 horas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Pude recibir todos los servicios que pensé que necesitaba. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamentos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Sentí que podía quejarme. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Me dieron información sobre mis derechos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. El personal me motivó para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

* CSI County Client Number

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 0 | 0 | 0 | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|

Must be entered on EVERY page

DHCS 1744 SP



29751



| | Definitivamente de acuerdo | De acuerdo | Indeciso(a) | En desacuerdo | Definitivamente en desacuerdo | No Aplica |
|---|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales. <i>raza, religión, lenguaje, etc.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor. <i>grupos de apoyo, visitar centros disponibles y llamar a la línea telefónica de crisis.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Como resultado directo de los servicios que recibí: | | | | | | |
| 21. Manejo los problemas diarios de manera más eficaz. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Puedo controlar mi vida mucho mejor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Puedo enfrentar las crisis de una mejor manera. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Me llevo mejor con mi familia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Me va mejor en situaciones sociales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Mi situación de vivienda ha mejorado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Me involucro en cosas que son más significantes para mi. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Soy más capaz de cuidar y ocuparme de mis necesidades. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Soy más capaz de manejar las cosas cuando salen mal. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Soy más capaz de hacer cosas que yo quiero hacer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



* CSI County Client Number

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 0 | 0 | 0 | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|

Must be entered on EVERY page



Para preguntas #33-36 por favor responda tomando en cuenta sus relaciones con otras personas que no sean su proveedor(es) de salud mental.

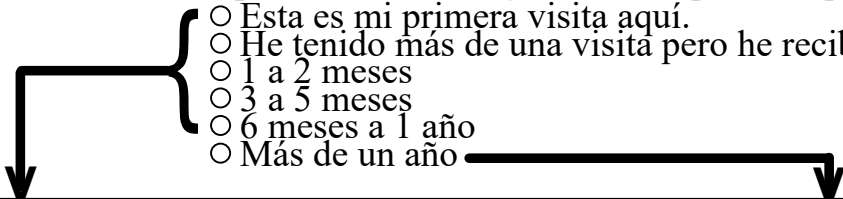
Como resultado directo de los servicios que recibí

| | Definitivamente de acuerdo | De acuerdo | Indeciso(a) | En desacuerdo | Definitivamente en desacuerdo | No Aplica |
|--|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 33. Estoy feliz con las amistades que tengo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Tengo personas con las que puedo hacer cosas que disfruto. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Siento que pertenezco y soy parte de mi comunidad. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. En caso de una crisis, Tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber como se encuentra usted

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo hace que usted recibe servicios aquí?

- Esta es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de un año



Por favor, responda a las preguntas #2 a 4 si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental para



UN AÑO O MENOS

- 2. ¿Desde que empezó a recibir servicios de salud mental, ha sido usted arrestado? Sí No
- 3. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
- 4. Desde que usted empezó a recibir servicios de salud mental, sus encuentros con la policía han...
 - Disminuido
Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, llevado a un albergue o programa de crisis
 - Mantenido igual
 - Aumentado
 - No Aplica
No he tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado

Por favor responda preguntas # 5 a 7, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por



MÁS DE UN AÑO

- 5. ¿Fue usted arrestado durante los pasados 12 meses? Sí No
- 6. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
- 7. Durante el año pasado, sus encuentros con la policía han...
 - Disminuido
Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, llevado a un albergue o programa de crisis
 - Mantenido igual
 - Aumentado
 - No Aplica
No he tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado

29751

* CSI County Client Number

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 0 | 0 | 0 | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|

Must be entered on EVERY page



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

8. ¿Cuál es su sexo? Masculino Femenino
9. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No Desconocido
10. ¿Cuál es su raza? Indio Americano/Nativo de Alaska Caucásico/Blanco
 Por favor selecciona Asiático Otra raza
 todas las que apliquen Afro-Americano/Negro Desconocido
 Nativo de Hawái/De otras Islas del Pacífico
11. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|


^{mes} -

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

^{día} -

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

^{año}
12. ¿Se proporcionaron los documentos escritos y/o los servicios que recibió en el idioma de su preferencia? Sí No
por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental

13. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿cuántos fueron por telemedicina? 
por teléfono o videoconferencia
 Ninguno Muy poco Aproximadamente la mitad Casi todos Todos
14. ¿Qué tan útiles fueron tus visitas de telemedicina en comparación con las visitas tradicionales en persona?
 Mucho peor Un poco peor Casi lo mismo Un poco mejor Mucho mejor
 No Aplica
15. Preferiría recibir más de mi tratamiento de salud mental en este programa por telemedicina.
 Definitivamente en desacuerdo De acuerdo
 En desacuerdo Definitivamente de acuerdo
 Indeciso(a) No aplica

16. Por favor, proporcione sus comentarios aquí y/o en el reverso de este formulario, si es necesario. Estamos interesados en recibir sus comentarios ya sean positivos o negativos. También nos interesa saber si hay preguntas que no le hicimos, que usted piensa que deberíamos haberle hecho en esta encuesta. Si es así, por favor, escríbalas aquí.

 **¡Gracias por tomar el tiempo para contestar estas preguntas!**

FOR OFFICE USE ONLY

County Code: Date of Survey Administration: County Reporting Unit (optional):

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 4 | 0 | 0 | 5 | / | | / | 2 | 0 | 2 | 6 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|

Code for not completing the survey (if applicable):

- Refused Impaired Language Other

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

* CSI County Client Number

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 0 | 0 | 0 | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|

Must be entered on EVERY page

