

- 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**. Si usted no ha recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que ha recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso(a), De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. 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 en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ayudé a escoger las metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron se quedaron conmigo sin importar lo que pasara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía con quien platicar cuando tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que recibí fueron los apropiados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La ubicación de los servicios fue conveniente para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles en horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí toda la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó mi religión y mis creencias espirituales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<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:						
16. Manejo mejor la vida diaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. 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"/>
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.	<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



16987

Para preguntas #23 a 26, 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 en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
23. Conozco a personas que me escuchan y me entienden cuando necesito hablar con alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo personas con las que me siento cómodo/a hablando sobre mis problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. 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"/>
26. 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"/>

27. ¿Que ha sido lo que más le ha ayudado de los servicios que usted recibió durante los pasados 6 meses? ¿Que podríamos hacer para mejorar los servicios que ofrecemos aquí? Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio. Estamos interesados en escuchar sus comentarios, ya sean positivos o negativos.

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

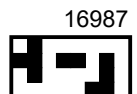
- ¿Durante los últimos 6 meses, ha vivido usted en alguno de los siguientes lugares?
Por favor selecciona todas las que apliquen

<input type="radio"/> Con uno o ambos padres <input type="radio"/> Con otro miembro de la familia <input type="radio"/> En un hogar temporal <input type="radio"/> En un hogar temporal teurapectico <input type="radio"/> Albergue de crisis <input type="radio"/> Albergue temporal para personas sin hogar <input type="radio"/> En una casa hogar <input type="radio"/> En un centro de tratamiento residencial	<input type="radio"/> En un hospital <input type="radio"/> En una cárcel local o centro de detención <input type="radio"/> Centro correccional estatal <input type="radio"/> Me fui de mi casa/no tengo donde vivir/vivo en la calle <input type="radio"/> Otro
--	---
- ¿Durante el año pasado, visito usted a un doctor(a)/medico o enfermera para un chequeo de salud o porque se sintió enfermo(a)?
 Sí, en una clínica o oficina Sí, pero solamente en el hospital o la sala de emergencia No No recuerdo
- ¿Esta usted tomando medicamentos para controlar problemas emocionales/o de comportamiento? Sí No
- 3a. Si está tomando medicamentos, ¿le informó su doctor(a) o enfermera sobre los efectos secundarios que usted podría experimentar? Sí No

* CSI County Client Number

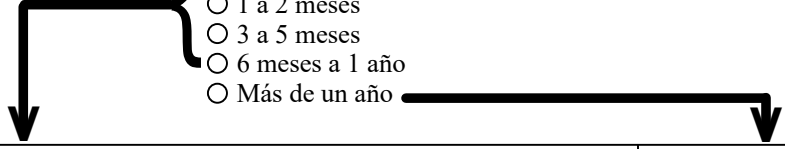
0	0	0						
---	---	---	--	--	--	--	--	--

Must be entered on EVERY page



4. 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 # 5 a 10 si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental para



UN AÑO O MENOS

Por favor responda preguntas # 11 a 16, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por



MÁS DE UN AÑO

5. ¿Ha sido usted arrestado desde que empezó a recibir servicios de salud mental? Sí No
6. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
7. 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 ha tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado
8. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela desde que empezó a recibir servicios? Sí No
9. ¿Fue usted expulsado/a o suspendido/a de la escuela durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
10. Desde que empezó a recibir servicios de salud mental, el número de días que usted fue a la escuela es:
- Aumentado Seguido igual Disminuido
 - No aplica → *Por favor seleccione el por qué no aplica*
 - No tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
 - Fui expulsado(a) de la escuela
 - Fui instruido en casa
 - Dejé de asistir a la escuela
 - Otro

11. ¿Fue usted arrestado durante los pasados 12 meses? Sí No
12. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
13. 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 ha tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado
14. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los pasados 12 meses? Sí No
15. ¿Fue usted expulsado/a o suspendido/a de la escuela durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
16. Durante el año pasado, el número de días que usted fue a la escuela es:
- Aumentado Seguido igual Disminuido
 - No aplica → *Por favor seleccione el por qué no aplica*
 - No tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
 - Fui expulsado(a) de la escuela
 - Fui instruido en casa
 - Dejé de asistir a la escuela
 - Otro

* CSI County Client Number

0	0	0						
---	---	---	--	--	--	--	--	--

Must be entered on EVERY page

16987



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

17. ¿Cuál es su sexo? Masculino Femenino
18. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No Desconocido
19. ¿Cuál es su raza?
Por favor selecciona todas las que apliquen
- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="radio"/> Caucásico/Blanco |
| <input type="radio"/> Asiático | <input type="radio"/> Otra raza |
| <input type="radio"/> Afro-Americano/Negro | <input type="radio"/> Desconocido |
| <input type="radio"/> Nativo de Hawai/De otras Islas del Pacífico | |
20. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
- | | | | | | | | | | | |
|------------|--|---|------------|--|---|------------|--|--|--|--|
| <i>mes</i> | | - | <i>día</i> | | - | <i>año</i> | | | | |
|------------|--|---|------------|--|---|------------|--|--|--|--|
21. ¿Tiene usted seguro de Medi-Cal (Medicaid)? Sí No
22. ¿Se proporcionaron los documentos escritos y/o los servicios que recibió en el idioma de su preferencia?
por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental Sí No

23. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿cuántos fueron por telemedicina?
por teléfono o videoconferencia

Ninguno Muy poco Aproximadamente la mitad Casi todos Todos


24. ¿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

25. Preferiría recibir más de mi tratamiento de salud mental en este programa por telemedicina.

Definitivamente en desacuerdo En desacuerdo Indeciso(a) De acuerdo Definitivamente de acuerdo

No Aplica




¡Gracias por tomar el tiempo para contestar estas preguntas!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

4	0
---	---

Date of Survey Administration:

0	5	/			/	2	0	2	6
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Reporting Unit (optional):

--	--	--	--	--	--	--	--

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

16987

