STAPLE

Do Not Use Photocopied Forms

DHCS California Department of Health Care Services

# Youth Services Survey - YOUTH 2026

Spanish

- 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Ayudé a escoger las metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron se quedaron conmigo sin importar lo que pasara. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía con quien platicar cuando tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Los servicios que recibí fueron los apropiados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La ubicación de los servicios fue conveniente para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles en horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí toda la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respeto. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó mi religión y mis creencias espirituales. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 14. El personal me habló de una forma que pude entender. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| **Como resultado directo de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Manejo mejor la vida diaria. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 17. Me llevo mejor con mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 22. Soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

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.

16987

*** CSI County Client Number**

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

***Must be entered on EVERY page***

*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:** | Definiti-vamente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso(a) | De acuerdo | Definiti-vamente de acuerdo | No Aplica |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23. Conozco a personas que me escuchan y me entienden cuando necesito hablar con alguien. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 24. Tengo personas con las que me siento cómodo/a hablando sobre mis problemas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 25. En caso de una crisis, Tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 26. Tengo personas con las que puedo hacer cosas que disfruto. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

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

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

   ○ Con uno o ambos padres
   ○ Con otro miembro de la familia
   ○ En un hogar temporal
   ○ En un hogar temporal teurapectico
   ○ Albergue de crisis
   ○ Albergue temporal para personas sin hogar
   ○ En una casa hogar
   ○ En un centro de tratamiento residencial
   ○ En un hospital
   ○ En una cárcel local o centro de detención
   ○ Centro correccional estatal
   ○ Me fui de mi casa/no tengo donde vivir/vivo en la calle
   ○ Otro

2. ¿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

3. ¿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***



16987

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**

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

Por favor responda preguntas # 11 a 16, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por **MÁS DE UN AÑO**

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*
○ Indio Americano/Nativo de Alaska
○ Asiático
○ Afro-Americano/Negro
○ Nativo de Hawai/De otras Islas del Pacífico
○ Caucásico/Blanco
○ Otra raza
○ Desconocido

20. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? *mes* | | - *día* | | - *año* | | | |

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? ○ Sí ○ No
*por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental*

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):** Select from drop down below

**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