

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciará en los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro.

Por favor rellene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basándose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, rellene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con 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, yo preferiría 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. Yo le 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 localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<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 me 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. Recibí todos los servicios que yo pensé 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 o pensé necesitarlo.	<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 medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<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 motivo 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"/>
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 (raza, religión, lenguaje, etc.).	<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, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Como resultado directo de los servicios que recibí:</u>	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<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"/>

*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
Must be entered on EVERY page



Como resultado directo de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<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 desenvuelvo 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 a 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 me 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"/>

Para preguntas #33-36 por favor responda tomando en cuenta las relaciones que usted tiene 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 gente con las cuales puedo hacer cosas agradables y 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, yo 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"/>

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



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

1. **¿Aproximadamente, ¿cuanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

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

Por favor responda preguntas # 2 a 4, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios por UN AÑO o MENOS. Si usted a estado recibiendo servicios por "MAS DE UN AÑO," por favor siga a la pregunta #5.

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, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis)
- Mantenido igual
- Incrementado
- No aplica (No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado)

Pase a la pregunta # 8, debajo ↓

Por favor responda preguntas #5 a 7 nada más si usted a estado recibiendo servicios de salud mental "POR MAS DE UN AÑO."

5. **¿Fue usted arrestado durante los pasados 12 meses?** Sí No
6. **¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antepasados?** Sí No
7. **Durante el año pasado, sus encuentros con la policía han:**
- Disminuido (por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis)
- Mantenido igual
- Incrementado
- No aplica (No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado)

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

8. **¿Cuál es su sexo?** Femenino Masculino Otro
9. **¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?** Sí No No sé
10. **¿Cuál es su raza? (Por favor marque todas las respuestas que apliquen.)**
- Indio Americano / Nativo de Alaska Nativo de Hawai / De otras Islas del Pacífico Raza desconocida
- Asiático Anglosajón / Blanco
- Afro-Americano/Negro Otra raza

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



11. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

12. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el idioma que usted prefirió? Sí No

13. ¿Hubo información escrita disponible para usted en el idioma que usted prefirió (por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental)?

14. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Marque solo una respuesta)

- Yo decidí venir por mi propia voluntad.
- Alguien más recomendó que yo viniera.
- Vine encontra de mi voluntad.

15. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Marque todas las respuestas que apliquen):

- No necesité ayuda.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- Otro usuario de servicios de salud mental me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó.
- Un entrevistador profesional me ayudó.
- Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

16. Estamos interesados en recibir sus comentarios ya sean positivos o negativos. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio, o si es necesario detrás de esta pagina. También nos interesa saber si hay áreas (preguntas) que no cubrimos, que usted piensa deberíamos de cubrir en este cuestionario. Si es así, por favor escríbalas aquí. Gracias por cooperar con nosotros y por tomar su tiempo para completar este cuestionario.

!Gracias por tomar el tiempo para responder estás preguntas!

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	5	/			/	2	0	2	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Reason (if applicable):

- Ref
- Imp
- Lan
- Oth

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

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
- 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
- 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
- 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Reporting Unit:

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

28482

