

Spanish

For FIELD-BASED SERVICES ONLY
Los Angeles County - Department of Mental Health

Family Survey
(0 - 17 Years Old)

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 opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.

EJEMPLO: ● Correcto ⊗ ⊖ ⊙ Incorrecto

		Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1	Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuando el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	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"/>
5	Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	A mi hijo(a) le está hiendo 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"/>
7	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"/>

Fecha de Nacimiento							
Month		Date		Year			
				1	9		

¿Cuál es su sexo?	
<input type="radio"/>	Femenino
<input type="radio"/>	Masculino
<input type="radio"/>	Otro

¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?	
<input type="radio"/>	Sí
<input type="radio"/>	No
<input type="radio"/>	No sé

¿Cuál es su raza?			
(Por favor marque todas las respuestas que apliquen.)			
<input type="radio"/>	Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="radio"/>	Nativo de Hawai / De otras Islas del Pacífico
<input type="radio"/>	Asiático	<input type="radio"/>	Anglosajón / Blanco
<input type="radio"/>	Afro-Americano / Negro	<input type="radio"/>	Otro
		<input type="radio"/>	No sé

FOR OFFICE USE ONLY

Client MIS/IS Number						

Clinic IS Number			

Service Area

Reason	
<input type="radio"/>	REFUSED
<input type="radio"/>	IMPAIRED
<input type="radio"/>	LANG
<input type="radio"/>	OTHER

MAY 2009

A SP