

Russian

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

Adult / Older Adult MHSIP Survey

Помогите, пожалуйста, нашей организации улучшить качество услуг, ответив на некоторые вопросы. Ваши ответы будут сохранены в конфиденциальности и не повлияют на нынешние или будущие услуги, которые вы получаете или будете получать. При ответе на каждый вопрос, приведенный внизу, закрасьте кружок, соответствующий вашему выбору. Просьба полностью закрашивать кружок.

ПРИМЕР: ● Правильно ⊗ ⊘ ⊙ Неправильно

	Полностью согласен	Согласен	Нейтрален	Не согласен	Совсем не согласен	Не применимо
1 Местоположение услуг было удобное (стоянка автомашин, общественный транспорт, расстояние и т.д.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Работники были согласны принимать меня на прием так часто, как я считал(а) это нужным.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Услуги предоставлялись в удобное для меня время.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Работники проявляли деликатность к моему культурному происхождению (расе, религии, языку и т.д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Я более эффективно справляюсь с ежедневными проблемами.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Мои успехи в школе и/или на работе стали лучше.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Мои симптомы уже не беспокоят меня так сильно.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Дата рождения (месяц-день-год)						
Month		Date		Year		
				1	9	

Какой вы расы?			
(просьба отметить все, что к вам относится).			
<input type="radio"/>	Американский индеец / Уроженец Аляски	<input type="radio"/>	Уроженец Гавайев / других островов Тихого Океана
<input type="radio"/>	Азиат	<input type="radio"/>	Белый(ая)
<input type="radio"/>	Африканского происхождения	<input type="radio"/>	Иное
		<input type="radio"/>	Неизвестно

Какой у вас пол?
<input type="radio"/> Женский
<input type="radio"/> Мужской
<input type="radio"/> Иное

Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения?
<input type="radio"/> Да
<input type="radio"/> Нет
<input type="radio"/> Неизвестно

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 RU