

**Spanish**

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

**Adult /  
 Older Adult  
 MHSIP  
 Survey**

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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1	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"/>
2	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"/>
3	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"/>
4	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"/>
5	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"/>
6	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"/>
7	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"/>

Fecha de Nacimiento							
Month		Date		Year			
				1	9		

¿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 Hawái / 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

¿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

**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