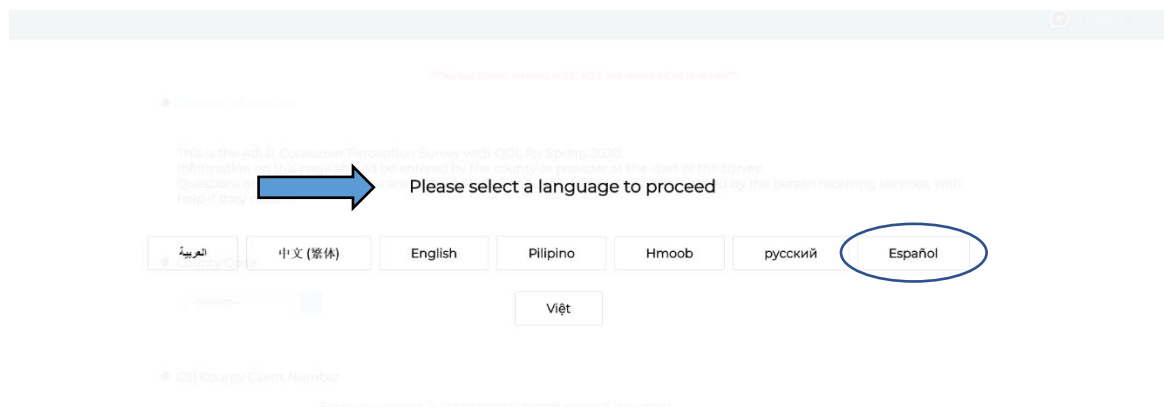


Como Llenar la Versión Electrónica de la Encuesta Percepción de los Consumidores

1. Haga clic en el enlace de la encuesta o vaya al código QR que le dio el personal de la clínica donde recibe servicios. Si tiene un teléfono inteligente o una tableta, puede abrir su cámara y colocarla sobre el código QR, como si le fuera a tomar una foto, pero sin hacerlo y, automáticamente lo llevara directamente a la encuesta.
2. Una vez que accede a la encuesta en línea, verá esta página. Haga clic en la caja con el idioma que prefiere usar para llenar la encuesta. Por ejemplo, si desea llenar la encuesta en Español, haga clic en la caja que dice “Español”.



3. Después de seleccionar el idioma, aparecerá la primera página de la encuesta. La primera pregunta es cuál es el código del condado.

* County Code

--Seleccionar--



Haga clic en la flecha, baje y seleccione **19 Los Angeles**. También puede escribir 19 en su teclado, y esto lo llevará, directamente a esa opción.

* County Code

19 Los Angeles
--Select--
01 Alameda
02 Alpine
03 Amador
* C 04 Butte
05 Calaveras
06 Colusa
07 Contra Costa
08 Del Norte
09 El Dorado
D 10 Fresno
11 Glenn
12 Humboldt
13 Imperial
14 Inyo
15 Kern
16 Kings
17 Lake
C 18 Lassen
19 Los Angeles





4. La siguiente pregunta es CSI County Client Number. (CSI Número de Cliente del Condado). Escriba su número de cliente, siguiendo las instrucciones que le dio el personal que lo está ayudando.

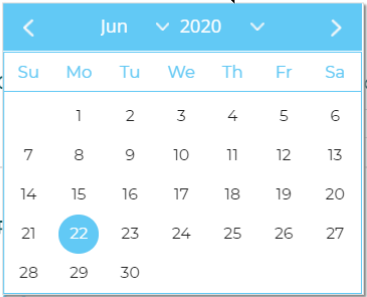
* CSI County Client Number

[Ponga su respuesta en el formato "#####" donde # significan un número]

5. La siguiente pregunta es la fecha en la que está llenando esta encuesta. La encuesta debe tener la fecha de hoy. Si no, haga clic en el símbolo de calendario y seleccione la fecha.

Date of Survey Administration:

06/22/2020  [m] 



Su	Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

6. La siguiente pregunta es el County Reporting Unit (Número de Informe del Condado). Escriba el número siguiendo las instrucciones que le dio el personal que lo está ayudando.


County Reporting Unit. Please enter up to 9 alphanumeric characters representing your County Reporting Unit, if applicable.

7. Ya que respondió a estas 4 preguntas, siga hasta abajo de la pantalla y haga clic en el botón Siguiente. Puede ignorar las otras preguntas en esta página.

County Question #3

--Seleccionar-- 

Ha accedido a este encuesta en MODO PRUEBA. Sus respuestas no serán registradas

Borrar las respuestas de la página 

8. Cuando haga clic en el botón Siguiente, será dirigido a la página con las preguntas de la encuesta sobre satisfacción. Por favor, conteste a todas las preguntas en esta página haciendo clic al círculo de la opción que mejor responda a la pregunta. Por ejemplo, “me gustan los servicios que recibí aquí.”, está definitivamente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, definitivamente en desacuerdo con esta declaración o piensa que no es aplicable?

Repita este proceso con todas las preguntas de esta página. Puede saltar cualquier pregunta que no quiera responder.

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

Esta encuesta fue desarrollada a través de un esfuerzo de colaboración de los consumidores, la mejora de las estadísticas de salud mental Comunitario del programa (MHSIP) y el Centro de Servicios de Salud Mental.

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.

Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.

Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No aplica
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



9. Cuando termine las preguntas de satisfacción, haga clic al botón Siguiente abajo de la página.


Retroceder Borrar las respuestas de la página Siguiente



29%

10. Cuando haga clic Siguiente lo llevará a la siguiente página. Haga clic al círculo que mejor responda a la pregunta, “por cuanto tiempo ha recibido servicios en esta clínica”, y luego vaya abajo de la página y haga clic en Siguiente. También puede hacer clic al botón Retroceder si quiere repasar o cambiar sus respuestas.

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



¿Aproximadamente, ¿cuanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- Está 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 1 año

Ha accedido a este encuesta en MODO PRUEBA. Sus respuestas no serán registradas

Retroceder Borrar las respuestas de la página Siguiente

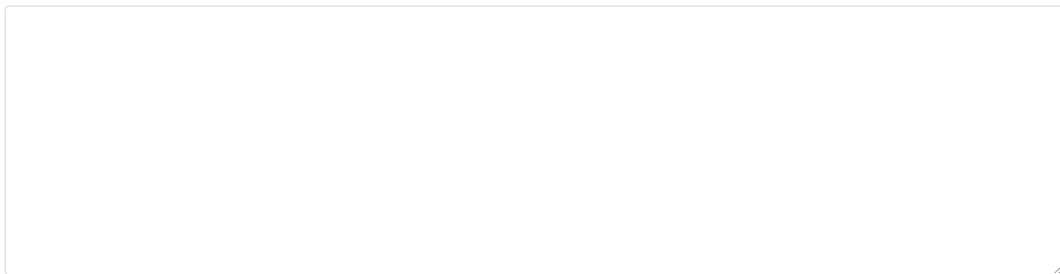


Continúe respondiendo a las preguntas en la siguiente página sobre su experiencia desde que empezó servicios o puede salte cualquier pregunta que no quiera responder. Haga clic al botón Siguiente y lo llevara a la última página

de la encuesta donde vera preguntas sobre su persona. Haga clic al círculo o seleccione la caja que mejor represente su respuesta(s) a cada pregunta o puede saltar cualquier pregunta que no quiera responder.

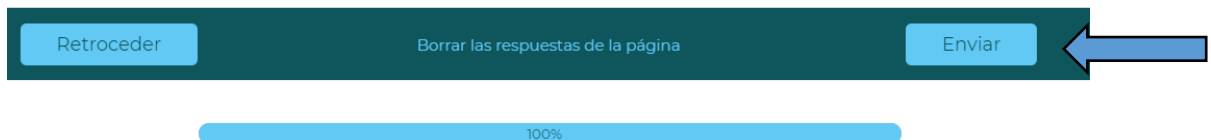
11. La última pregunta es un espacio abierto donde puede hacer comentarios acerca de sus servicios. Por favor sea lo más abierto y honesto posible. Si está en crisis, por favor hable inmediatamente con su terapeuta o un director del programa ya que sus respuestas a esta encuesta no serán revisadas inmediatamente.

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.



Caracteres restantes: 2000

12. Cuando termine las preguntas de esta página, hagan clic a Enviar al final de la página.



13. Debería ser llevado a la página que confirma que las respuestas y su encuesta han sido enviadas.

Thank you!

Thank you for your participation. If you have additional questions about this survey, please email sspangler@cibhs.org.

Sus respuestas han sido grabadas.

Gracias

¡Gracias por su valiosa participación y por proveer comentarios que nos van a ayudar a mejorar nuestros servicios!