

- Xin vui lòng giúp cơ quan chúng tôi cung làm ứng dịch vụ tốt hơn bằng cách trả lời một số các câu hỏi. Câu trả lời của quý vị sẽ được giữ kín và sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ mà quý vị đang hoặc sẽ nhận tương lai.
- Xin trả lời các câu hỏi sau đây dựa trên dịch vụ em nhận được TRONG 6 THÁNG QUA. Nếu em nhận dịch vụ dưới 6 tháng, xin trả lời dựa trên dịch vụ nhận được cho đến nay. Cho biết là em **Hoàn toàn không đồng ý, Không đồng ý, Không có ý kiến, Đồng ý hay Hoàn toàn đồng ý** với mỗi câu hỏi dưới đây. Nếu có câu hỏi về những gì em không trải qua, tô vào ô tròn **Không áp dụng** để cho biết câu hỏi đó không áp dụng cho em.

- Vui lòng tô kín vòng tròn.

Đúng ●  
Sai ○ ⊗ ⊘ ✓

	Hoàn Toàn Không Đồng Ý	Không Đồng Ý	Không có ý kiến	Đồng Ý	Hoàn Toàn Đồng Ý	Không Áp Dụng
1. Nói chung, tôi hài lòng với các dịch vụ tôi đã nhận tại đây.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tôi đã giúp chọn các dịch vụ cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tôi đã giúp chọn các mục tiêu chữa trị cho con tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Những người giúp đỡ tôi đã kiên nhẫn với tôi trong mọi vấn đề.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tôi cảm thấy con tôi đã có người để nói chuyện khi gặp trở ngại.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tôi đã tham gia vào việc chữa trị của tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Các dịch vụ tôi nhận đã thích hợp cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Địa điểm nhận dịch vụ thuận tiện cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Các dịch vụ được cung ứng ở những thời điểm thuận tiện cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tôi đã nhận được sự giúp đỡ mà tôi mong muốn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tôi đã nhận được đầy đủ sự giúp đỡ cần thiết cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Các nhân viên tôn trọng tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Các nhân viên tôn trọng tôn giáo/tin ngưỡng của gia đình tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Các nhân viên nói chuyện với tôi một cách rất dễ hiểu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Các nhân viên te nhj đối vởi văn hóa/nguỡng gợc sắc tộc của tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Kết quả trực tiếp của dịch vụ tôi đã nhận là:</b>						
16. Tôi cô tiến bộ trong sinh hoạt hàng ngày.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tôi hòa đồng tốt hơn với thành nhân trong gia đình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tôi hòa đồng tốt hơn với bạn bè và hũu và các người khác.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Tôi tiến bộ hơn trong trường và (hoặc) công việc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tôi có tiến bộ trong khả năng đối phó với các khó khăn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tôi hài lòng với cuộc số ng gia đình hiện tại.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Tôi có thể làm tốt hơn. những điều mà tôi muốn làm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Xin trả lời cho các quan hệ với những người không phải i là (những) người cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần của quý vị.

	Hoàn Toàn Không Đồng Ý	Không Đồng Ý	Không có ý kiến	Đồng Ý	Hoàn Toàn Đồng Ý	Không Áp Dụng
<b>Kết quả trực tiếp của dịch vụ tôi đã nhận là:</b>						
23. Tôi biết những người sẽ lắng nghe và hiểu tôi khi tôi cần nói chuyện.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tôi có những người mà tôi cảm thấy thoải mái đề bàn về (các) vấn đề của mình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Trong một cuộc khủng hoảng, tôi sẽ có sự hỗ trợ mà tôi cần từ gia đình hoặc bạn bè.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Tôi có những người mà tôi có thể cùng làm những việc vui thích.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 27. Điều nao hữu ích nhất về các dịch vụ mà quý vị nhận được trong 6 tháng qua? Điều gì sẽ cải thiện đứ oc các dịch vụ tại đây? Xin cho biết ý kiến. Có quan chúng tôi muốn biết tất cả ý kiến tốt hay xấu.

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

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

DHCS 1744 VI

45319



\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

## Xin trả lời các câu hỏi sau đây để cho chúng tôi biết quý vị như thế nào.

1. Quý vị có từng sống tại bất cứ nơi nào sau đây trong 6 tháng qua hay không? *Vui lòng chọn tất cả các áp dụng*
  - Với một trong hai hoặc cả cha lan mẹ
  - Nói tam trú cho người vô gia cư
  - Trại cải huấn của ti ề u bang
  - Với một người thân khác trong gia đình
  - Nhà tập thể
  - Bỏ nhà đi hoang/vô gia cú/ngoài đường phố
  - Nhà cha mẹ nuôi
  - Trung tâm điều trị nội trú
  - Khác
  - Nhà cha mẹ nuôi có làm liệ u pháp
  - Bệnh viện
  - Nhà tạm trú lúc khủng hoảng
  - Nhà tù địa phương hoặc trại giam
2. Năm ngoái, quý vị có đi gặp bác sĩ (hoặc y tá) để khám sức khỏe hoặc vì em bị bệnh hay không?
  - Có, tại một y vien hoac phòng mạch của bệnh viện
  - Có, nhưng chỉ ở trọng một phòng cấp cứu
  - Không
  - Không nhớ
3. Quý vị có dùng thuốc cho các vấn đề về cảm xúc / hành vi không?  Có  Không
- 3a. *Nếu có, bác sĩ hoặc y tá có cho quý vị biết ve các phản ứng phụ nào phải theo dõi hay không?*  Có  Không

4. Quý vị tiếp nhận dịch vụ tại đây phòng chừng được bao lâu?

- Đây là lần đầu tiên tôi nhận dịch vụ tại đây
- 1-2 Tháng
- Tôi có đến đây vài lần nhưng nhận dịch vụ chưa đầy một tháng.
- 3-5 Tháng
- 6 tháng - 1 năm
- Trên 1 năm

Vui lòng trả lời các câu hỏi số 5-10 nếu bạn đã và đang nhận các dịch vụ sức khỏe tinh thần trong



**MỘT NĂM TRỞ XUỐNG**

5. Quý vị có bị bắt kể từ khi bắt đầu nhận các dịch vụ về sức khỏe tâm thần hay không?  Có  Không
6. Quý vị có bị bắt trong thời kỳ 12 tháng trước đó không?  Có  Không
7. Kể từ khi quý vị bắt đầu nhận các dịch vụ, việc quý vị chạm trán với cảnh sát...
  - Có giảm bớt
  - thí dụ, quý vị không bị bắt, gặp rắc rối với cảnh sát, bị cảnh sát đưa tôi một nơi tạm trú hoặc vào một chương trình khủng hoảng*
  - Vẫn như cũ
  - Gia tăng
  - Không Áp Dụng
  - không chạm trán với cảnh sát trong năm nay hoặc năm ngoái*
8. Quý vị có bị đuổi khỏi trường hoặc bị đuổi học ngắn hạn kể từ khi bắt đầu các dịch vụ không?  Có  Không
9. Quý vị có bị đuổi khỏi trường hoặc bị đuổi học ngắn hạn 12 tháng trước đó không?  Có  Không
10. Kể từ khi bắt đầu nhận dịch vụ, số ngày đi học của quý vị:
  - Nhiều hơn  Khoảng như cũ  Ít hơn
  - Không áp dụng → *Vui lòng chọn lý do tại sao điều này không phù hợp*
    - Không có vấn đề gì về việc đi học trước khi bắt đầu dịch vụ
    - Bị đuổi ra khỏi trường
    - Học ở nhà
    - Bỏ học
    - Khác

Vui lòng trả lời các câu hỏi số 11-16 nếu bạn đã và đang nhận các dịch vụ sức khỏe tinh thần trong



**NHIỀU HƠN MỘT NĂM**

11. Quý vị có bị bắt trong 12 tháng qua không?  Có  Không
12. Quý vị có bị bắt trong thời kỳ 12 tháng trước đó không?  Có  Không
13. Trong năm qua, việc quý vị chạm trán với cảnh sát...
  - Có giảm bớt
  - thí dụ, quý vị không bị bắt, gặp rắc rối với cảnh sát, bị cảnh sát đưa tôi một nơi tạm trú hoặc vào một chương trình khủng*
  - Vẫn như cũ
  - Gia tăng
  - Không Áp Dụng
  - không chạm trán với cảnh sát trong năm nay hoặc năm ngoái*
14. Quý vị có bị đuổi khỏi trường hoặc bị đuổi học ngắn hạn trong 12 tháng qua không?  Có  Không
15. Quý vị có bị đuổi khỏi trường hoặc bị đuổi học ngắn hạn 12 tháng trước đó không?  Có  Không
16. Trong năm qua, số ngày đi học của
  - Nhiều hơn  Khoảng như cũ  Ít hơn
  - Không áp dụng → *Vui lòng chọn lý do tại sao điều này không phù hợp*
    - Không có vấn đề gì về việc đi học trước khi bắt đầu dịch vụ
    - Bị đuổi ra khỏi trường
    - Học ở nhà
    - Bỏ học
    - Khác

\* CSI County Client Number

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



## Xin trả lời các câu hỏi sau đây để cho chúng tôi biết sơ lược về quý vị.

17. Giới tính của quý vị?  
*Vui lòng chọn tất cả các áp dụng*
- Nam  Nữ  Phi nhị nguyên giới
- Chuyển giới: Nữ thành Nam  Chuyển giới: Nam thành Nữ  Một bản sắc giới tính khác
18. Bạn có nghĩ mình là:  
*Vui lòng chọn tất cả các áp dụng*
- Dị tính  Đồng tính nam hoặc Đồng tính nữ  Một xu hướng tính dục khác
- Lưỡng tính  Không biết  Không thích trả lời
19. Quý vị có nguồn gốc Mễ Tây Cơ/Tây Ban Nha/La Tinh?  Có  Không  Không biết
20. Chủng tộc của quý vị?  
*Vui lòng chọn tất cả các áp dụng*
- Mỹ da đỏ (American Indian)/Bản xứ Alaska  Da trắng/ Chủng tộc da trắng
- Á đông  Một chủng tộc khác
- Da đen/Mỹ gốc Phi Châu  Không biết
- Bản xứ Hawaii/Bản đảo Thái Bình Dương khác
21. Ngày sinh của quý vị?
- tháng*
*ngày*
*năm*
- -
22. Quý vị có bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal không?  Có  Không
23. Các tài liệu bằng văn bản và/hoặc dịch vụ mà bạn nhận được có được cung cấp bằng ngôn ngữ bạn muốn không?  
*như tập sách mô tả các dịch vụ có sẵn, quyền hạn của quý vị là người dùng dịch vụ, và các tài liệu giáo dục về sức khỏe tâm trí*
- Có  Không
24. Bạn hãy nghĩ tới những dịch vụ mà bạn đã được hưởng, những những dịch vụ qua telehealth?  
*qua điện thoại hoặc điện thoại truyền hình*
- Không  Rất ít  Khoảng một nửa  Gần như tất cả  Tất cả
25. Các lần thăm khám sức khỏe từ xa của bạn hữu ích như thế nào so với các lần khám trực tiếp truyền thống?
- Tệ hơn nhiều  Hơi tệ hơn  Gần giống như nhau  Hơi tốt hơn  Tốt hơn nhiều  Không Áp Dụng
26. Tôi muốn được điều trị sức khỏe tinh thần nhiều hơn trong chương trình này qua việc chăm sóc sức khỏe từ xa.
- Hoàn Toàn Không Đồng Ý  Không Đồng Ý  Trung Lập  Đồng Ý  Hoàn Toàn Đồng Ý  Không Áp Dụng



**Cám ơn bạn đã bỏ thời giờ trả lời những câu hỏi này!**

### FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	5	/			/	2	0	2	4
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Reporting Unit (optional):

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

Code for not completing the survey (if applicable):

- Refused  Impaired  Language  Other

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\*\*\*

45319

