



- Por favor, ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que ofrecemos contestando algunas preguntas. Sus respuestas son confidenciales y no influirán en los servicios que recibe actualmente o que recibirá en el futuro. En cada uno de los apartados de la encuesta que figuran a continuación, rellene el círculo que corresponda a su elección.
- 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 en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso(a), De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, seleccione "**No Aplica**" para indicar que está declaración no le aplica a usted.

- Por favor rellene completamente el círculo.

Correcto ●
Incorrecto ○ ⊗ ⊗

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Las personas que me ayudaron se quedaron conmigo sin importar lo que pasara.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuando tenía preocupaciones.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Los servicios que recibí fueron los apropiados para mí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. La ubicación de los servicios fue conveniente para mí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Recibí la ayuda que quería.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Recibí toda la ayuda que necesitaba.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. El personal me trató con respeto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. El personal me habló de una forma que pude entender.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Como resultado directo de los servicios que recibí						
16. Manejo mejor la vida diaria.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Me llevo mejor con mi familia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Es más fácil para mí arreglármelas cuándo algo me sale mal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Para preguntas #23 a 26, por favor responda tomando en cuenta las relaciones que usted tiene con otras personas que no sean su proveedor(es) de salud mental.

Como resultado directo de los servicios que recibí

23. Conozco a personas que me escuchan y me entienden cuando necesito hablar con alguien.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Tengo personas con las que me siento cómodo/a hablando sobre mis problemas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. En caso de una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Tengo personas con las que puedo hacer cosas que disfruto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

27. ¿Que ha sido lo que más le ha ayudado de los servicios que usted recibió durante los pasados 6 meses? ¿Que podríamos hacer para mejorar los servicios que ofrecemos aquí? Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio. Estamos interesados en escuchar sus comentarios, ya sean positivos o negativos.

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

1. ¿Durante los pasados 6 meses, a vivido usted en alguno de los siguientes lugares?

Por favor selecciona todas las que apliquen

- | | |
|--|---|
| ☐ Con uno o ambos padres | ☐ En un hospital |
| ☐ Con otro miembro de la familia | ☐ En una cárcel local o centro de detención |
| ☐ En un hogar temporal (foster home) | ☐ Centro correccional estatal |
| ☐ En un hogar temporal teurapectico (therapeutic foster home) | ☐ Me fui de mi casa/no tengo donde vivir/vivo en la calle |
| ☐ Albergue de crisis (crisis shelter) | ☐ Otro |
| ☐ Albergue temporal para personas sin hogar (homeless shelter) | |
| ☐ En una casa hogar (group home) | |
| ☐ En un centro de tratamiento residencial | |

2. ¿Durante el año pasado, visito usted a un doctor(a)/medico o enfermera para un chequeo de salud o porque se sintió enfermo(a)?

☐ Sí, en una clínica o oficina ☐ Sí, pero solamente en el hospital o la sala de emergencia ☐ No ☐ No recuerdo

3. ¿Esta usted tomando medicamentos para controlar problemas emocionales/o de comportamiento? ☐ Sí ☐ No

- 3a. ¿Si esta tomando medicamentos, le informo su doctor(a) o enfermera sobre los efectos secundarios que usted podría experimentar? ☐ Sí ☐ No

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



4. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo hace que usted recibe 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
- ☐ Mas de un año

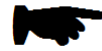
Por favor, responda a las preguntas # 5 - 10 si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental para



UN AÑO O MENOS

5. ¿Ha sido usted arrestado desde que empezó a recibir servicios de salud mental? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? ☐ Sí ☐ No
7. Desde que usted empezó a recibir servicios de salud mental, sus encuentros con la policía han....
☐ Disminuido
Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis
☐ Mantenido igual
☐ Aumentado
☐ No Aplica
No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado
8. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela desde que empezó a recibir servicios? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Fue usted expulsado/a o suspendido/a de la escuela durante los 12 meses antes de recibir servicios? ☐ Sí ☐ No
10. Desde que empezó a recibir servicios de salud mental, el número de días que usted fue a la escuela es:
☐ Aumentado ☐ Seguido igual ☐ Disminuido
☐ No aplica → *Por favor seleccione el por qué no aplica*
☐ Yo no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
☐ Fui expulsado(a) de la escuela
☐ Fui instruido en casa, no atendí una escuela públicad
☐ Deje de asistir a la escuela
☐ Otro

Por favor responda preguntas # 11 a 16, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por



MAS DE UN AÑO

11. ¿Fue usted arrestado durante los pasados 12 meses? ☐ Sí ☐ No
12. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? ☐ Sí ☐ No
13. Durante el año pasado, sus encuentros con la policía han...
☐ Disminuido
Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis
☐ Mantenido igual
☐ Aumentado
☐ No Aplica
No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado
14. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los pasados 12 meses? ☐ Sí ☐ No
15. ¿Fue usted expulsado/a o suspendido/a de la escuela durante los 12 meses antes de recibir servicios? ☐ Sí ☐ No
16. Durante el año pasado, el número de días que usted fue a la escuela es:
☐ Aumentado ☐ Seguido igual ☐ Disminuido
☐ No aplica → *Por favor seleccione el por qué no aplica*
☐ Yo no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
☐ Fui expulsado(a) de la escuela
☐ Fui instruido en casa, no atendí una escuela públicad
☐ Deje de asistir a la escuela
☐ Otro

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

19389



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

17. ¿Cuál es su género?
Por favor seleccione todas las que apliquen
- ☐ Masculino
☐ Femenino
☐ No-binario
- ☐ Transgénero: Femenino a Masculino
☐ Transgénero: Masculino a Femenino
☐ Otra identidad de género
18. Te consideras a ti mismo como:
Por favor seleccione todas las que apliquen
- ☐ Heterosexual
☐ Gay o Lesbiana
☐ Bisexual
- ☐ Otra orientación sexual
☐ Desconocido
☐ Prefiero no contestar
19. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido
20. ¿Cuál es su raza?
Por favor seleccione todas las que apliquen
- ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Afro-Americano/Negro
☐ Nativo de Hawai/De otras Islas del Pacífico
- ☐ Anglosajón/Blanco
☐ Otra raza
☐ Desconocido
21. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
- mes día año
- -
22. ¿Tiene usted seguro de Medi-Cal (Medicaid)? ☐ Sí ☐ No
23. ¿Se proporcionaron los documentos escritos y/o los servicios que recibió en el idioma de su preferencia?
por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental ☐ Sí ☐ No

24. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿cuántos fueron por telesalud?
por teléfono o videoconferencia
- ☐ Ninguno ☐ Muy poco ☐ Aproximadamente la mitad ☐ Casi todos ☐ Todos
25. ¿Qué tan útiles fueron tus visitas de telesalud en comparación con las visitas tradicionales en persona?
- ☐ Mucho peor ☐ Un poco peor ☐ Casi lo mismo ☐ Un poco mejor ☐ Mucho mejor ☐ No Aplica
26. Preferiría recibir más de mi tratamiento de salud mental en este programa por telemedicina.
- ☐ Definitivamente en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ Estoy neutral ☐ De acuerdo ☐ Definitivamente de acuerdo
- ☐ No Aplica



¡Gracias por tomar el tiempo para contestar estas preguntas!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

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

Date of Survey Administration:

		/			/				
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

19389

