



- Xin vui lòng giúp cơ quan chúng tôi cung cấp 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 quý vị nhận được **TRONG 6 THÁNG QUA**. Nếu quý vị nhận dịch vụ dưới 6 tháng, xin trả lời dựa trên dịch vụ nhận được cho đến nay. Cho biết là quý vị **Hoàn toàn đồng ý, Đồng ý, Trung Lập, Không đồng ý hay Hoàn toàn không đồng ý**, với mỗi câu hỏi dưới đây. Nếu có câu hỏi về những gì quý vị không trải qua, tô vào ô tròn **Không áp dụng** để cho biết câu hỏi đó không áp dụng cho quý vị.

	Đúng Sai ● ☉ ☒ ✓	Hoàn Toàn Đồng Ý	Đồng Ý	Trung Lập	Không Đồng Ý	Hoàn Toàn Không Đồng Ý	Không Áp Dụng
• Vui lòng tô kín vòng tròn.							
1. Tôi thích các dịch vụ tôi nhận tại đây.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Nếu được lựa chọn, tôi vẫn tiếp tục nhận dịch vụ tại cơ quan này.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tôi sẽ giới thiệu cơ quan này đến bạn hữu và thân nhân.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Địa điểm nhận dịch vụ thuận tiện cho tôi. <i>đậu xe, chuyên chở công cộng, khoảng cách đường đi, v.v...</i>		☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Các nhân viên sẵn sàng gặp tôi thường xuyên nếu tôi thấy cần thiết.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Các nhân viên hồi đáp điện thoại của tôi trong vòng 24 giờ.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Các dịch vụ được cung ứng ở những thời điểm thuận tiện cho tôi.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Tôi đã nhận được đầy đủ các dịch vụ tôi cần.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Tôi có thể gặp bác sĩ tâm thần khi tôi muốn.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Các nhân viên tại đây tin rằng tôi có thể phát triển, thay đổi, và phục hồi.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Tôi cảm thấy thoải mái khi nêu lên thắc mắc về việc chữa trị và thuốc men của tôi.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Tôi cảm thấy được tự do thân thiện.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Tôi được báo cho biết về quyền hạn của tôi.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Các nhân viên khuyến khích tôi có trách nhiệm với lối sống của tôi.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Các nhân viên cho tôi biết cần phải chú ý đến các phản ứng thuốc.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Các nhân viên tôn trọng ý muốn của tôi về việc ai được biết và không được biết về sự chữa trị của tôi.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Tôi là người quyết định các mục tiêu chữa trị chứ không phải các nhân viên.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Các nhân viên tể nhị đối với nguồn gốc văn hóa của tôi. <i>chủng tộc, tôn giáo, ngôn ngữ, v.v...</i>		☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Các nhân viên giúp tôi thu thập thông tin cần thiết để tôi chủ động trong việc chữa trị của tôi.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Tôi được khuyến khích sử dụng các chương trình do những người cùng hưởng dịch vụ điều hành (<i>như nhóm hỗ trợ, trung tâm đến trực tiếp, đường dây điện thoại khủng hoảng, v.v...</i>)		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kết quả trực tiếp của dịch vụ tôi đã nhận là:							
21. Tôi đối phó với các trở ngại hàng ngày được hiệu quả hơn.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Tôi có thêm khả năng làm chủ cuộc sống của tôi.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Tôi có thêm khả năng đối phó với những khủng hoảng.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Tôi hòa thuận với gia đình hơn.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Tôi tiến bộ hơn trong các vấn đề xã giao.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Tôi tiến bộ hơn trong trường học và (hoặc) trong công việc.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Tình trạng gia cư của tôi được tốt hơn.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Các triệu chứng không làm phiền tôi nhiều như trước đây.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Tôi làm những điều nào có ý nghĩa nhiều hơn đối với tôi.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Tôi có thể lo tốt hơn cho các nhu cầu của mình.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Tôi có thể giải quyết các vấn đề tốt hơn.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Tôi có thể làm tốt hơn những điều mà tôi muốn làm.		☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Kết quả trực tiếp của dịch vụ tôi đã nhận là:

33. Tôi hài lòng về tình bạn hữu mà tôi hiện có.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Tôi có những người mà tôi có thể cùng làm những việc vui thích.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Tôi cảm thấy tôi là thành viên trong cộng đồng của mình.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Trong một cuộc khủng hoảng, tôi sẽ có sự hỗ trợ mà tôi cần từ gia đình hoặc bạn bè.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

59030



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 đã nhận dịch vụ ở đây khoảng bao lâu rồi?

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

Vui lòng trả lời các câu hỏi số 2-4 nếu bạn đã và đang nhận các dịch vụ sức khỏe tinh thần trong

MỘT NĂM TRỞ XUỐNG

Vui lòng trả lời các câu hỏi số 5-7 nếu bạn đã và đang nhận các dịch vụ sức khỏe tinh thần trong

NHIỀU HƠN MỘT NĂM

2. Quý vị có bị bắt kể từ khi bắt đầu nhận các dịch vụ về sức khỏe tâm thần hay không? ☐ Có ☐ Không

3. Quý vị có bị bắt trong thời kỳ 12 tháng trước đó không? ☐ Có ☐ Không

4. 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 tới một nơi tạm trú hoặc vào một chương

☐ Vẫn như cũ

☐ Gia tăng

☐ Không Áp Dụng

Tôi không chạm trán với cảnh sát trong năm nay hoặc năm ngoài

5. Quý vị có bị bắt trong 12 tháng qua không? ☐ Có ☐ Không

6. Quý vị có bị bắt trong thời kỳ 12 tháng trước đó không? ☐ Có ☐ Không

7. 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 tới một nơi tạm trú hoặc vào một chương

☐ Vẫn như cũ

☐ Gia tăng

☐ Không Áp Dụng

Tôi không chạm trán với cảnh sát trong năm nay hoặc năm ngoài

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

8. 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

9. Bạn có nghĩ mình là:
Vui lòng chọn tất cả các áp dụng

☐ Di tính

☐ Đồng tính nam hoặc Đồng tính nữ

☐ Lưỡng tính

☐ Một xu hướng tính dục khác

☐ Không biết

☐ Không thích trả lời

10. Quý vị có nguồn gốc Mễ Tây Cơ/Tây Ban Nha/La Tinh? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

59030



11. Quý vị thuộc chủng tộc nào?
Vui lòng chọn tất cả các áp dụng

- ☐ Mỹ da đỏ (American Indian)/Bản xứ Alaska
☐ Á đông
☐ Da đen/Mỹ gốc Phi Châu
☐ Bản xứ Hawaii/Bản đảo Thái Bình Dương khác
- ☐ Da trắng/ Chủng tộc da trắng
☐ Một chủng tộc khác
☐ Không biết

12. Ngày sinh của quý vị?

tháng		ngày		năm			
		-					

13. Các tài liệu bằng văn bản và/hoặc dịch vụ mà bạn nhận được có được cung cấp bằng ngôn ngữ bạn muốn không? ☐ Có ☐ 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

14. 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

15. 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

16. 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



17. Xin cho ý kiến ở đây và/hoặc ở phía sau của mẫu này, nếu cần. Chúng tôi quan tâm đến mọi ý kiến cả xấu lẫn tốt. Ngoài ra, nếu có các lĩnh vực nào không được bàn đến trong bản câu hỏi này mà quý vị cảm thấy đang lẽ phải nêu ra, xin viết chúng vào đây. Xin cảm ơn quý vị đã dành thì giờ và hợp tác trong việc điền vào bản hỏi đáp này.



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

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

59030

