

- Por favor, ayude a nuestra agencia a mejorar nuestros servicios contestando algunas preguntas. Sus respuestas son confidenciales y no influirán en los servicios que recibe o 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**. Si usted no ha recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que ha 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 esta declaración no 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.	Ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○	○	○
3.	Ayudé a escoger las metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○	○	○
4.	Las personas que me ayudaron se quedaron conmigo sin importar lo que pasara.	○	○	○	○	○	○	○	○
5.	Sentí que tenía con quien platicar cuando tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○	○	○
6.	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 en 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 mi religión y mis creencias espirituales.	○	○	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○	○	○
<b>Como resultado directo de los servicios que recibí:</b>									
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 mi arreglármelas cuándo algo sale mal.	○	○	○	○	○	○	○	○
21.	Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○	○	○
22.	Soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.	○	○	○	○	○	○	○	○

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

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

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

DHCS 1744 SP



16987

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

Como resultado directo de los servicios que recibí:	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
23. Conozco a personas que me escuchan y me entienden cuando necesito hablar con alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo personas con las que me siento cómodo/a hablando sobre mis problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. En caso de una crisis, Tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Tengo personas con las que puedo hacer cosas que disfruto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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.

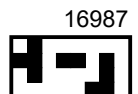
**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber como se encuentra usted**

- ¿Durante los últimos 6 meses, ha 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
  - Centro correccional estatal
  - En un hogar temporal teurapectico
  - Me fui de mi casa/no tengo donde vivir/vivo en la calle
  - Albergue de crisis
  - Otro
  - Albergue temporal para personas sin hogar
- ¿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
- ¿Esta usted tomando medicamentos para controlar problemas emocionales/o de comportamiento?     Sí     No
- 3a. Si está tomando medicamentos, ¿le informó su doctor(a) o enfermera sobre los efectos secundarios que usted podría experimentar?     Sí     No

\* CSI County Client Number

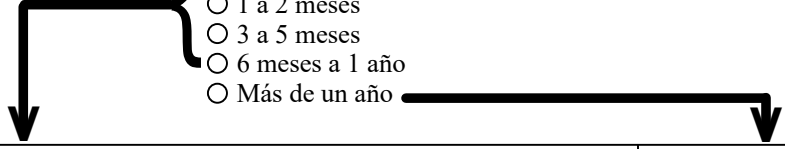
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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



4. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo hace que usted recibe servicios aquí?

- Esta 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 un año



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



**UN AÑO O MENOS**

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



**MÁS DE UN AÑO**

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, llevado a un albergue o programa de crisis*  
 Mantenido igual  
 Aumentado  
 No Aplica  
*No ha 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*  
 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  
 Dejé de asistir a la escuela  
 Otro

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, llevado a un albergue o programa de crisis*  
 Mantenido igual  
 Aumentado  
 No Aplica  
*No ha 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*  
 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  
 Dejé de asistir a la escuela  
 Otro

\* CSI County Client Number

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

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

16987



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

17. ¿Cuál es su sexo?     Masculino     Femenino
18. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?     Sí     No     Desconocido
19. ¿Cuál es su raza?  
*Por favor selecciona todas las que apliquen*
- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Indio Americano/Nativo de Alaska            | <input type="radio"/> Caucásico/Blanco |
| <input type="radio"/> Asiático                                    | <input type="radio"/> Otra raza        |
| <input type="radio"/> Afro-Americano/Negro                        | <input type="radio"/> Desconocido      |
| <input type="radio"/> Nativo de Hawai/De otras Islas del Pacífico |  |
20. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
- |            |  |   |            |  |   |            |  |  |  |  |
|------------|--|---|------------|--|---|------------|--|--|--|--|
| <i>mes</i> |  | - | <i>día</i> |  | - | <i>año</i> |  |  |  |  |
|------------|--|---|------------|--|---|------------|--|--|--|--|
21. ¿Tiene usted seguro de Medi-Cal (Medicaid)?     Sí     No
22. ¿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

23. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿cuántos fueron por telemedicina?  
*por teléfono o videoconferencia*

Ninguno     Muy poco     Aproximadamente la mitad     Casi todos     Todos


24. ¿Qué tan útiles fueron tus visitas de telemedicina en comparación con las visitas tradicionales en persona?

Mucho peor     Un poco peor     Casi lo mismo     Un poco mejor     Mucho mejor     No Aplica

25. Preferiría recibir más de mi tratamiento de salud mental en este programa por telemedicina.

Definitivamente en desacuerdo     En desacuerdo     Indeciso(a)     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:

0	5	/			/	2	0	2	6
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Reporting Unit:

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

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\*\*\*

16987

