



- Por favor, ayude a nuestra agencia a mejorar nuestros servicios contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y no afectarán los servicios que usted o su hijo/a reciben o recibirán 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 su hijo(a) 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 o su hijo(a) no ha experimentado, seleccione "No aplica" para indicar que esta declaración no aplica para su hijo(a).

| | Definitivamente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso(a) | De acuerdo | Definitivamente de acuerdo | No Aplica |
|---|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| <p>Correcto ●</p> <p>Incorrecto ○ ⊗ ⊘ ⊙</p> <p>• Por favor rellene completamente</p> | | | | | | |
| 1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) ha recibido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Las personas que ayudaron a mi hijo se quedaron con nosotros sin importar lo que pasara. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Sentí que mi hijo(a) tenía con quien platicar cuando el / ella tenía una preocupación. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Participe en el tratamiento de mi hijo(a). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Los servicios que mi hijo(a) y/o familia recibieron eran los adecuados para nosotros. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. La ubicación de los servicios fue conveniente para nosotros. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Los servicios estaban disponibles en horarios que eran convenientes para nosotros. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Mi familia recibió la ayuda que queríamos para nuestro hijo(a). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Mi familia recibió toda la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo/a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. El personal me trató con respeto. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. El personal me habló de una forma que pude entender. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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 SP

9942



Must be entered on EVERY page



Como resultado de los servicios que mi hijo(a) y/o familia recibió:

| | Definitivamente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso(a) | De acuerdo | Definitivamente de acuerdo | No Aplica |
|--|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| 16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. A mi hijo/a le está yendo mejor en la escuela o en el trabajo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuando algo le sale mal. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Mi hijo(a) es más capaz de hacer cosas que el/ella quiere hacer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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 de los servicios que mi hijo(a) y/o familia recibió:

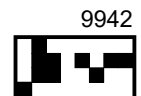
| | Definitivamente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso(a) | De acuerdo | Definitivamente de acuerdo | No Aplica |
|--|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| 23. Conozco a personas 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 los problemas de mi hijo/a. | <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 y su hijo(a) han recibido 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.

* CSI County Client Number

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Must be entered on EVERY page



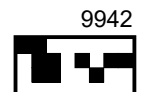
**Por favor, responda las siguientes preguntas para informarnos
cómo le está yendo a su hijo/a.**

1. ¿Actualmente, está viviendo con usted su hijo(a) ? Sí No
2. ¿Durante los pasados 6 meses, su hijo(a) ha vivido en alguno de los siguientes lugares?
Por favor selecciona todas las que apliquen
 - Con uno o ambos padres
 - Con otro miembro de la familia
 - En un hogar temporal
 - En un hogar temporal teurapeutico
 - Albergue de crisis
 - Albergue temporal para personas sin hogar
 - En una casa hogar
 - En un centro de tratamiento residencial
 - En un hospital
 - En una cárcel local o centro de detención
 - Centro correccional estatal
 - Se fue de la casa/no tiene donde vivir/vive en la calle
 - Otro
3. ¿Durante el año pasado, su hijo(a) visitó a un doctor(a)/médico 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
4. Su hijo(a) toma medicamentos para controlar problemas emocionales o de comportamiento? Sí No
 - 4a. *Si está tomando medicamentos, ¿le informó su doctor(a) o enfermera sobre los efectos secundarios que su hijo(a) podría experimentar?* Sí No
5. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo hace que su hijo/a recibe servicios aquí?
 - Esta es la primera visita de mi hijo(a) aquí.
 - Mi hijo(a) ha tenido más de una visita pero ha recibido servicios por menos de un mes.
 - 1 a 2 meses
 - 3 a 5 meses
 - 6 meses a 1 año
 - Más de un año

* CSI County Client Number

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Must be entered on EVERY page



Por favor, responda a las preguntas # 6 a 11 si su hijo/a ha estado recibiendo servicios de salud mental para

UN AÑO O MENOS

- 6. ¿Ha sido su hijo(a) arrestado(a) desde que empezó a recibir servicios de salud mental? Sí No
- 7. ¿Su hijo(a) fue arrestado(a) durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
- 8. Desde que su hijo(a) 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 a tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado)
- 9. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela desde que empezó a recibir servicios? Sí No
- 10. ¿Fue su hijo/a expulsado/a o suspendido/a de la escuela durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
- 11. Desde que mi hijo/a empezó a recibir los servicios, el número de días que mi hijo/a fue a la escuela es:
 - Aumentado
 - Seguido igual
 - Disminuido
 - No aplica ↴

Por favor seleccione el por qué no aplica

- Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios
- Mi hijo(a) es muy joven para asistir a la escuela
- Mi hijo(a) fue expulsado(a) de la escuela
- Mi hijo(a) fue instruido en casa
- Mi hijo(a) dejó de asistir a la escuela
- Otro

Por favor responda preguntas # 12 a 17 si su hijo(a) ha estado recibiendo servicios de salud mental por

MÁS DE UN AÑO

- 12. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los pasados 12 meses? Sí No
- 13. ¿Su hijo(a) fue arrestado(a) durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
- 14. Durante el ultimo año, los encuentros de su hijo(a) 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 a tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado)
- 15. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los pasados 12 meses? Sí No
- 16. ¿Fue su hijo/a expulsado/a o suspendido/a de la escuela durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
- 17. Durante el año pasado, el número de días que mi hijo/a fue a la escuela es:
 - Aumentado
 - Seguido igual
 - Disminuido
 - No aplica ↴

Por favor seleccione el por qué no aplica

- Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios
- Mi hijo(a) es muy joven para asistir a la escuela
- Mi hijo(a) fue expulsado(a) de la escuela
- Mi hijo(a) fue instruido en casa
- Mi hijo(a) dejó de asistir a la escuela
- Otro

* CSI County Client Number

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Must be entered on EVERY page

9942



Por favor responda las siguientes preguntas para saber un poco más sobre su hijo(a).

18. ¿Cuál es el sexo de su hijo? Masculino Femenino
19. ¿Es alguno de los padres de este(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No Desconocido
20. ¿Cuál es la raza de su hijo(a)?
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 | |
21. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su hijo(a)?
- | | | |
|------------|------------|------------|
| <i>mes</i> | <i>día</i> | <i>año</i> |
| | | |
22. ¿Tiene su hijo(a) seguro de Medi-Cal (Medicaid)? Sí No
23. ¿Se proporcionaron los documentos escritos y/o los servicios que recibió su hijo 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 acerca de todos los servicios que recibió su hijo, ¿qué tanto fue por medio de telemedicina?
 Ninguno Muy poco Aproximadamente la mitad Casi todos Todos
25. ¿Qué tan útiles fueron las visitas de telemedicina comparadas con las visitas tradicionales en persona para su hijo(a)?
 Mucho peor Un poco peor Casi lo mismo Un poco mejor Mucho mejor
 No Aplica
26. Preferiría recibir más del tratamiento de salud mental de mi hijo/a en este programa a través de telemedicina.
 Definitivamente en desacuerdo De acuerdo
 En desacuerdo Definitivamente de acuerdo
 Indeciso(a) 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

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

9942

