

- 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** o si no ha recibido servicios en 6 meses, sólo responda basado en los servicios que ha recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso(a), En desacuerdo, o Definitivamente en desacuerdo** con cada uno de los enunciados que se encuentran aquí abajo. 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Me gustaron los servicios que recibí en esta agencia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Aunque tuviera otras opciones, elegiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. La ubicación de los servicios fue conveniente. <i>estacionamiento, transporte público, distancia, etc.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. El personal regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Pude recibir todos los servicios que pensé que necesitaba.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamentos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sentí que podía quejarme.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Me dieron información sobre mis derechos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. El personal me motivó para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales. <i>raza, religión, lenguaje, etc.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor. <i>grupos de apoyo, visitar centros disponibles y llamar a la línea telefónica de crisis.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Must be entered on EVERY page



Como resultado directo de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Manejo los problemas diarios de manera más eficaz.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Puedo enfrentar las crisis de una mejor manera.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Me llevo mejor con mi familia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Me va mejor en situaciones sociales.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Mi situación de vivienda ha mejorado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Me involucro en cosas que son más significantes para mí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Soy más capaz de cuidar y ocuparme de mis necesidades.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Soy más capaz de manejar las cosas cuando salen mal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Soy más capaz de hacer cosas que yo quiero hacer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Para preguntas #33-36 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:

33. Estoy feliz con las amistades que tengo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Tengo personas con las que puedo hacer cosas que disfruto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Siento que pertenezco y soy parte de mi comunidad.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. En caso de una crisis, Tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

1. 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 #2 a 4 si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental para **UN AÑO O MENOS**

2. ¿Desde que empezó a recibir servicios de salud mental, ha sido usted arrestado? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? ☐ Sí ☐ No
4. 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 he tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado

Por favor responda preguntas # 5 a 7, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por **MÁS DE UN AÑO**

5. ¿Fue usted arrestado durante los pasados 12 meses? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? ☐ Sí ☐ No
7. 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 he tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

25785



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

8. ¿Cuál es su sexo? ☐ Masculino ☐ Femenino

9. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

10. ¿Cuál es su raza?
Por favor selecciona todas las que apliquen

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska	☐ Caucásico/Blanco
☐ Asiático	☐ Otra raza
☐ Afro-Americano/Negro	☐ Desconocido
☐ Nativo de Hawai/De otras Islas del Pacífico	

11. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

mes		día		año			

12. ¿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

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

☐ Ninguno ☐ Muy poco ☐ Aproximadamente la mitad ☐ Casi todos ☐ Todos

14. ¿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

15. 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



16. Por favor, proporcione sus comentarios aquí y/o en el reverso de este formulario, si es necesario. Estamos interesados en recibir sus comentarios ya sean positivos o negativos. También nos interesa saber si hay preguntas que no le hicimos, que usted piensa que deberíamos haberle hecho en esta encuesta. Si es así, por favor, escríbalas aquí.



¡Gracias por tomar el tiempo para contestar estas preguntas!

County Code: Date of Survey Administration:

--	--

0	5
---	---

--	--

2	0	2	6
---	---	---	---

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

25785

