

- Vui lòng giúp cơ quan chúng tôi cải thiện chất lượng dịch vụ bằng cách trả lời một số câu hỏi. Các câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật và sẽ không ảnh hưởng đến những dịch vụ hiện tại hoặc trong tương lai mà quý vị hoặc con quý vị nhận được. Với mỗi câu hỏi khảo sát dưới đây, vui lòng tô vào ô tròn tương ứng với lựa chọn của quý vị.
- Vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây dựa trên 6 THÁNG VỪA QUA. Hoặc nếu quý vị chưa sử dụng dịch vụ đủ 6 tháng, hãy trả lời dựa trên những dịch vụ mà quý vị đã sử dụng cho đến nay. Vui lòng cho biết quý vị **Hoàn toàn không đồng ý, Không đồng ý, Chưa quyết định, Đồng ý hay Hoàn toàn đồng ý** với từng phát biểu sau đây. Nếu câu hỏi liên quan đến điều mà quý vị hoặc con quý vị chưa từng trải nghiệm, hãy chọn **"Không áp dụng"** để cho biết mục này không phù hợp với trường hợp của mình.

- Vui lòng tô kín ô tròn.

Đúng ●

Sai ○ ⊗ ⊙

	Hoàn Toàn Không Đồng Ý	Không Đồng Ý	Chưa quyết định	Đồng Ý	Hoàn Toàn Đồng Ý	Không Áp Dụng
1. Nhìn chung, tôi hài lòng với các dịch vụ mà con tôi nhận được.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tôi tham gia lựa chọn dịch vụ cho con tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tôi tham gia lựa chọn mục tiêu điều trị cho con tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Những người hỗ trợ con tôi luôn đồng hành với gia đình chúng tôi dù có chuyện gì xảy ra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tôi cảm thấy con tôi luôn có người để trò chuyện khi con buồn phiền hoặc gặp rắc rối.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Tôi có tham gia vào quá trình điều trị của con tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Dịch vụ mà con tôi và/hoặc gia đình tôi nhận được phù hợp với chúng tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Địa điểm cung cấp dịch vụ tiện lợi cho chúng tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Các dịch vụ được cung cấp vào những thời điểm thuận tiện cho chúng tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Gia đình tôi đã nhận được sự hỗ trợ mà chúng tôi mong muốn cho con tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gia đình tôi đã nhận được đầy đủ sự hỗ trợ mà chúng tôi cần cho con tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Nhân viên đối xử với tôi một cách tôn trọng.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Nhân viên tôn trọng tôn giáo/niềm tin tâm linh của gia đình tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Nhân viên trao đổi với tôi theo cách mà tôi có thể hiểu được.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Nhân viên nhạy cảm với nền tảng văn hóa/dân tộc của tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kết quả trực tiếp từ các dịch vụ mà con tôi và/hoặc gia đình tôi đã nhận được:						
16. Con tôi xử lý tốt hơn các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Con tôi hòa thuận hơn với các thành viên trong gia đình.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Con tôi hòa nhập hơn với bạn bè và những người khác.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Con tôi tiến bộ hơn ở trường và/hoặc trong công việc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Con tôi ứng phó tốt hơn khi xảy ra điều không như ý.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Hiện tại tôi hài lòng với cuộc sống gia đình mình.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Con tôi có thể thực hiện tốt hơn những điều con muốn làm.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Đối với các câu hỏi số 23-26, vui lòng trả lời dựa trên các mối quan hệ với những người khác ngoài những người đang cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần cho quý vị. tâm thần cho quý vị.

Kết quả trực tiếp từ các dịch vụ mà con tôi và/hoặc gia đình tôi đã nhận được:

23. Tôi biết có người sẽ lắng nghe và thấu hiểu tôi khi tôi cần tâm sự.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Tôi có những người mà tôi cảm thấy thoải mái khi trao đổi về những vấn đề của con mình.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Khi gặp khủng hoảng, tôi sẽ nhận được sự hỗ trợ cần thiết từ gia đình hoặc bạn bè.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Tôi có những người mà tôi có thể cùng làm những việc vui vẻ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

41700



Must be entered on EVERY page

27. Trong 6 tháng qua, điều hữu ích nhất từ các dịch vụ mà quý vị và con quý vị đã nhận được là gì? Điều gì có thể giúp cải thiện các dịch vụ tại đây? Vui lòng để lại bình luận ở đây. Chúng tôi quan tâm tới cả những phản hồi tích cực và tiêu cực.

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau để chúng tôi nắm được tình hình hiện tại của con quý vị.

1. Con quý vị hiện có sống cùng quý vị không? ☐ Có ☐ Không
2. Trong 6 tháng qua, con quý vị có sống ở bất kỳ nơi nào sau đây không?
Vui lòng chọn tất cả phương án phù hợp

☐ Với bố hoặc mẹ hoặc cả hai	☐ Trung tâm điều trị nội trú
☐ Với một thành viên khác trong gia đình	☐ Bệnh viện
☐ Nhà chăm sóc thay thế	☐ Trại giam hoặc cơ sở giam giữ tại địa phương
☐ Nhà chăm sóc thay thế trị liệu	☐ Trại cải tạo của bang
☐ Cơ sở tạm lánh khẩn cấp	☐ Bỏ nhà đi/sống vô gia cư/sống lang thang ngoài đường
☐ Cơ sở tạm lánh cho người vô gia cư	☐ Khác
☐ Nhà ở tập thể	
3. Trong 1 năm qua, con quý vị có đi khám bác sĩ (hoặc y tá) để kiểm tra sức khỏe hoặc vì bị ốm không?
☐ Có, ở phòng khám hoặc văn phòng ☐ Có, nhưng chỉ ở bệnh viện hoặc phòng cấp cứu ☐ Không ☐ Không nhớ
4. Hiện tại con quý vị có đang dùng thuốc để điều trị các vấn đề về cảm xúc/hành vi không? ☐ Có ☐ Không
- 4a. *Nếu có, bác sĩ hoặc y tá có giải thích cho quý vị và/hoặc con quý vị về các tác dụng phụ cần lưu ý không?* ☐ Có ☐ Không

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



5. Ước tính, con quý vị đã sử dụng dịch vụ tại đây được bao lâu?

- ☐ Đây là lần đầu tiên con tôi đến đây.
☐ Con tôi đã đến đây nhiều hơn một lần nhưng mới sử dụng dịch vụ được dưới 1 tháng.
☐ 1-2 Tháng
☐ 3-5 Tháng
☐ 6 tháng đến 1 năm
☐ Hơn 1 năm

Vui lòng trả lời các câu hỏi số 6-11 nếu con quý vị đã sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần trong



TỪ MỘT NĂM TRỞ XUỐNG

6. Từ khi bắt đầu sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần, con quý vị có từng bị bắt giữ không? ☐ Có ☐ Không
7. Trong 12 tháng trước đó, con quý vị có từng bị bắt giữ không? ☐ Có ☐ Không
8. Kể từ khi con quý vị bắt đầu sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần, số lần con quý vị làm việc với cảnh sát...
☐ Đã giảm xuống
Vi dụ: con quý vị không bị bắt giữ, không bị cảnh sát gây phiền hà, không bị cảnh sát đưa tới cơ sở tạm lánh hoặc chương trình can thiệp khủng hoảng
☐ Giữ nguyên như trước
☐ Đã tăng lên
☐ Không Áp Dụng
Trong năm nay và năm ngoái, con quý vị không có lần nào phải làm việc với cảnh sát
9. Kể từ khi bắt đầu sử dụng dịch vụ, con quý vị có từng bị đuổi học hoặc bị đình chỉ học không? ☐ Có ☐ Không
10. Trong 12 tháng trước đó, con quý vị có từng bị đuổi học hoặc bị đình chỉ học không? ☐ Có ☐ Không
11. Kể từ khi bắt đầu sử dụng dịch vụ, số ngày con tôi đi học là:
☐ Nhiều hơn ☐ Tương đương ☐ Ít hơn
☐ Không áp dụng → *Vui lòng chọn lý do tại sao điều này không áp dụng*
☐ Trước khi bắt đầu sử dụng dịch vụ, con tôi không gặp vấn đề về việc đi học đầy đủ ở trường.
☐ Con quá nhỏ để đến trường
☐ Con từng bị đuổi học
☐ Con học tại nhà
☐ Con đã bỏ học
☐ Khác

Vui lòng trả lời các câu hỏi số 12-17 nếu con quý vị đã sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần trong



HƠN MỘT NĂM

12. Trong 12 tháng qua, con quý vị có từng bị bắt giữ không? ☐ Có ☐ Không
13. Trong 12 tháng trước đó, con quý vị có từng bị bắt giữ không? ☐ Có ☐ Không
14. Trong 1 năm qua, các lần con quý vị làm việc với cảnh sát...
☐ Đã giảm xuống
Vi dụ: con quý vị không bị bắt giữ, không bị cảnh sát gây phiền hà, không bị cảnh sát đưa tới cơ sở tạm lánh hoặc chương trình can thiệp khủng hoảng
☐ Giữ nguyên như trước
☐ Đã tăng lên
☐ Không Áp Dụng
Trong năm nay và năm ngoái, con quý vị không có lần nào phải làm việc với cảnh sát
15. Trong 12 tháng qua, con quý vị có từng bị đuổi học hoặc bị đình chỉ học không? ☐ Có ☐ Không
16. Trong 12 tháng trước đó, con quý vị có từng bị đuổi học hoặc bị đình chỉ học không? ☐ Có ☐ Không
17. Trong 1 năm qua, số ngày con tôi đi học là:
☐ Nhiều hơn ☐ Tương đương ☐ Ít hơn
☐ Không áp dụng → *Vui lòng chọn lý do tại sao điều này không áp dụng*
☐ Trước khi bắt đầu sử dụng dịch vụ, con tôi không gặp vấn đề về việc đi học đầy đủ ở trường.
☐ Con quá nhỏ để đến trường
☐ Con từng bị đuổi học
☐ Con học tại nhà
☐ Con đã bỏ học
☐ Khác

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

41700



Vui lòng trả lời các câu hỏi sau để chúng tôi hiểu thêm về con quý vị.

18. Giới tính của con quý vị là gì? ☐ Nam giới ☐ Nữ giới
19. Bố hoặc mẹ của con có phải là người gốc Mexico/Mỹ La-tinh/La-tinh không? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết
20. Chủng tộc của con quý vị là gì?
Vui lòng chọn tất cả phương án phù hợp
- ☐ Người Mỹ bản địa/Thổ dân Alaska ☐ Người da trắng
☐ Người châu Á ☐ Chủng tộc khác
☐ Người da đen/người Mỹ gốc Phi ☐ Không biết
☐ Người bản địa Hawaii/các dân tộc đảo khác ở Thái Bình Dương
21. Ngày tháng năm sinh của con quý vị là gì?
- | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| tháng | ngày | năm |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
22. Con quý vị có bảo hiểm y tế Medi-Cal (Medicaid) không? ☐ Có ☐ Không
23. Con quý vị có nhận được các tài liệu bằng văn bản và/hoặc dịch vụ bằng ngôn ngữ ưu tiên của con không? ☐ Có ☐ Không
tờ rơi giới thiệu các dịch vụ hiện có, tài liệu về quyền lợi của người sử dụng dịch vụ, tài liệu giáo dục về sức khỏe tâm thần.
24. Bây giờ, trong các dịch vụ mà con quý vị đã nhận được, có bao nhiêu phần được thực hiện qua hình thức thăm khám từ xa?
qua điện thoại hoặc hội nghị qua video
- ☐ Không có ☐ Rất ít ☐ Khoảng một nửa ☐ Gần như toàn bộ ☐ Toàn bộ
25. Hãy so sánh mức độ hữu ích của các buổi thăm khám từ xa cho con quý vị với các buổi khám trực tiếp truyền thống.
- ☐ Kém hơn rất nhiều ☐ Kém hơn phần nào ☐ Tương đương ☐ Tốt hơn phần nào ☐ Tốt hơn rất nhiều
☐ Không Áp Dụng
26. Tôi muốn con tôi được điều trị sức khỏe tâm thần trong chương trình này bằng hình thức thăm khám từ xa nhiều hơn.
- ☐ Hoàn Toàn Không Đồng Ý ☐ Không Đồng Ý ☐ Trung Lập ☐ Đồng Ý ☐ Hoàn Toàn Đồng Ý ☐ Không Áp Dụng



Xin cảm ơn quý vị đã dành thời gian trả lời các 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

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

41700

