



- Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciará en los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro.
- 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, está Neutral, 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 está declaración no le aplica a usted.

Por favor rellene completamente el círculo.	Correcto ●	Incorrecto ○ ⊗ ⊙	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Estoy neutral	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente. <i>estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.</i>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales. <i>raza, religión, lenguaje, etc.</i>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora. <i>como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora</i>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Como resultado directo de los servicios que recibí:</b>								
21. es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. puedo controlar mi vida mucho mejor.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. puedo controlarme mejor en causa de una crisis.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. me llevo mejor con mi familia.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. me va 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"/>
27. mi situación de vivienda a mejorado.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. mis síntomas no me molestan tanto como antes.			<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

42371

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

DHCS 1744 SP

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



	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Estoy neutral	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
29. me involucre en cosas que son más significantes para mi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. soy más capaz de cuidar y ocuparme de mis necesidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. soy más capaz de manejar las cosas cuando me salen mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. soy más capaz de hacer cosas que yo quiero hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para preguntas #33-36 por favor responda tomando en cuenta las relaciones que usted tiene 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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. tengo gente con las cuales puedo hacer cosas agradables y que disfruto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. siento que pertenezco y soy parte de mi comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. en caso de una crisis, yo 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"/>

### Preguntas sobre la Calidad de Vida

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, relleno el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. En algunas preguntas usted podrá rellenar el círculo que dice No aplica si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
	1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir <i>Piense sobre su modo de vivir actualmente:</i>	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
	2. ¿Cómo se siente sobre...						
a. la situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. la privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. la probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento <i>Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre:</i>	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
	3. ¿Cómo se siente sobre...						
a. la forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. la oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. la cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. la cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
	4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia? <input type="radio"/> Por lo menos 1 vez al día <input type="radio"/> Por lo menos 1 vez a la semana <input type="radio"/> Por lo menos 1 vez al mes <input type="radio"/> Menos de 1 vez al mes <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No tengo familia / No aplica							

5. ¿Cómo se siente sobre...								
a. la forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. la relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* CSI County Client Number

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

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



**Relaciones Sociales**

6. ¿Con cuánta frecuencia

a. visita a alguien que no vive con usted?

- Por lo menos 1 vez al día     Por lo menos 1 vez a la semana     Por lo menos 1 vez al mes     Menos de 1 vez al mes     Nunca  
 No Aplica

b. pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?

- Por lo menos 1 vez al día     Por lo menos 1 vez a la semana     Por lo menos 1 vez al mes     Menos de 1 vez al mes     Nunca  
 No Aplica

7. ¿Cómo se siente sobre...

a. las actividades que usted hace con otras personas?

b. la cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?

c. las personas con las que usted se relaciona?

d. la cantidad de amistades en su vida?

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Gastos Financieros**

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar por...

a. la comida?

- Sí     No

b. ropa?

- Sí     No

c. vivienda?

- Sí     No

d. transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes?

- Sí     No

e. actividades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes?

- Sí     No

**Asuntos Legales y Seguridad**

9. Durante el mes pasado, ¿fue usted víctima de

a. algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?

- Sí     No

b. algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero/estafa?

- Sí     No

10. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún delito?

- Ningún arresto     1 arresto     2 arrestos     3 arrestos     4 or more arrests

11. ¿Cómo se siente sobre...

a. su seguridad en las calles de su vecindario?

b. su seguridad donde usted vive?

c. la protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Salud**

12. ¿Cómo se siente sobre...

a. su salud en general?

b. su condición física?

c. su bienestar emocional?

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* CSI County Client Number



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

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



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

1. ¿Aproximadamente, ¿cuanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?
- Está es mi primera visita aquí.  1 a 2 meses
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.  3 a 5 meses
- Mas de un año

<p>Por favor responda preguntas # 2 a 4, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por</p> <p> <b>UN AÑO O MENOS</b></p>	<p>Por favor responda preguntas # 5 a 7, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por</p> <p> <b>MAS DE UN AÑO</b></p>
<p>2. ¿Desde que empezó a recibir servicios de salud mental, ha sido usted arrestado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>3. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>4. Desde que usted empezó a recibir servicios de salud mental, sus encuentros con la policía han...</p> <p><input type="radio"/> Disminuido <i>por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis</i></p> <p><input type="radio"/> Mantenido igual</p> <p><input type="radio"/> Incrementado</p> <p><input type="radio"/> No Aplica <i>No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado</i></p>	<p>5. ¿Fue usted arrestado durante los pasados 12 meses? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>6. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>7. Durante el año pasado, sus encuentros con la policía han...</p> <p><input type="radio"/> Disminuido <i>por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis</i></p> <p><input type="radio"/> Mantenido igual</p> <p><input type="radio"/> Incrementado</p> <p><input type="radio"/> No Aplica <i>No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado</i></p>

\* CSI County Client Number

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

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



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

8. ¿Cuál es su sexo? *Por favor selecciona todas las que apliquen*
9. Te consideras a ti mismo como: *Por favor selecciona todas las que apliquen*
10. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?
11. ¿Cuál es su raza? *Por favor selecciona todas las que apliquen*
12. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
13. ¿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*

14. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿cuántos fueron por telesalud? *por teléfono o videoconferencia*
15. ¿Qué tan útiles fueron tus visitas de telesalud en comparación con las visitas tradicionales en persona?
16. Preferiría recibir más de mi tratamiento de salud mental en este programa por telemedicina.



17. Estamos interesados en recibir sus comentarios ya sean positivos o negativos. También nos interesa saber si hay áreas (preguntas) que no cubrimos, que usted piensa deberíamos de cubrir en este cuestionario. Sí es así, por favor escríbalas aquí.

**¡Gracias por tomar el tiempo para responder estas preguntas!**

**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

