



- 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 cuándo 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"/>

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



53318

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Estoy neutral	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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. <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 mi 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"/>
29. me involucro 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"/>

\* CSI County Client Number

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

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



53318



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**

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Estoy neutral	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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"/>

\* 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  6 meses a 1 año

Por favor responda preguntas # 2 a 4, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por

 **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, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis*
  - Mantenido igual
  - Incrementado
  - No Aplica  
*No e 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

 **MAS 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, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis*
  - Mantenido igual
  - Incrementado
  - No Aplica  
*No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado*

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

8. ¿Cuál es su sexo?  Masculino  Transgénero: Femenino a Masculino
- Por favor selecciona todas las que apliquen*  Femenino  Transgénero: Masculino a Femenino
- No-binario  Otra identidad de género
9. Te consideras a ti mismo como:  Heterosexual  Otra orientación sexual
- Por favor selecciona todas las que apliquen*  Gay o Lesbiana  Desconocido
- Bisexual  Prefiero no contestar
10. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  Desconocido

\* CSI County Client Number

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

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



11. ¿Cuál es su raza?  Indio Americano/Nativo de Alaska  Anglosajón/Blanco  
*Por favor selecciona*  Asiático  Otra raza  
*todas las que apliquen*  Afro-Americano/Negro  Desconocido  
 Nativo de Hawai/De otras Islas del Pacífico


12. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?   <sup>mes</sup> -   <sup>día</sup> -     <sup>año</sup>

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*  Sí  No

14. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿cuántos fueron por telesalud?  
*por teléfono o videoconferencia*  Ninguno  Muy poco  Aproximadamente la mitad  Casi todos  Todos

15. ¿Qué tan útiles fueron tus visitas de telesalud en comparación con las visitas tradicior persona?  
 Mucho peor  Un poco peor  Casi lo mismo  Un poco mejor  Mucho mejor  
 No Aplica

16. Preferiría recibir más de mi tratamiento de salud mental en este programa por telemedicina.  
 Definitivamente en desacuerdo  De acuerdo  
 En desacuerdo  Definitivamente de acuerdo  
 Estoy neutral  No aplica



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

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

