



- Por favor, ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que ofrecemos contestando algunas preguntas. Sus respuestas son confidenciales y no influirán en los servicios que recibe actualmente o que 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, 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. Me gustaron los servicios que recibí en esta agencia.	● ○ ⊗ ✓	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.		○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.		○	○	○	○	○	○
4. La ubicación de los servicios fue conveniente. <i>estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.</i>		○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.		○	○	○	○	○	○
6. El personal me 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 o pensé necesitarlo.		○	○	○	○	○	○
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 medicamento.		○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.		○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.		○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo 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, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.</i>		○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:							
21. Manejo los problemas diarios de manera más eficaz.		○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.		○	○	○	○	○	○
23. Puedo enfrentar las crisis de una manera mejor.		○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.		○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.		○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.		○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.		○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.		○	○	○	○	○	○

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

3125

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 involucro en cosas que son más significantes para mí.	<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 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"/>
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, rellenando 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"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir

Piense sobre su modo de vivir actualmente:

	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

Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre:

	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

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reúne usted con un miembro de su familia?

☐ 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 tengo familia / No aplica

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

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

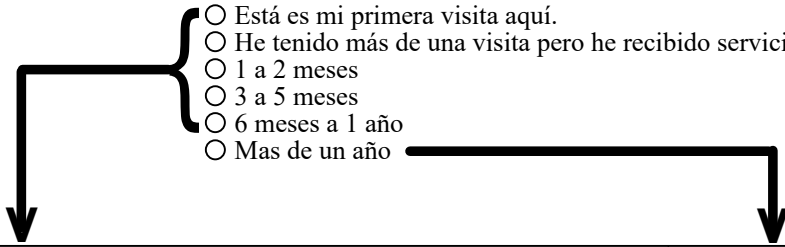
Must be entered on EVERY page



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

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo hace que usted recibe servicios aquí?

- ☐ Está 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
- ☐ Mas de un año



Por favor, responda a las preguntas #2 - 4 si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental para

UN AÑO O MENOS



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

MAS DE UN AÑO



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
 - ☐ Aumentado
 - ☐ No Aplica
No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado

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
 - ☐ Aumentado
 - ☐ No Aplica
No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado

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

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

12. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
- | | | | | | | | |
|-----|--|-----|--|-----|--|--|--|
| mes | | día | | año | | | |
| | | | | | | | |

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 tradicionales en 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
 ☐ En desacuerdo
 ☐ Estoy neutral
 ☐ De acuerdo
 ☐ Definitivamente de acuerdo
 ☐ No Aplica



17. 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!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:	Date of Survey Administration:		County Reporting Unit (optional):
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; text-align: center;">5</div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; text-align: center;">5</div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px;"></div>

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

3125

