



- Por favor, ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que ofrecemos contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y no afectarán los servicios que usted o su hijo/a 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 **LOS ÚLTIMOS 6 MESES** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso(a), De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, seleccione "**No aplica**" para indicar que está declaración no le aplica a su hijo(a).

• Por favor rellene completamente el círculo.

Correcto ●
Incorrecto ⊖ ⊗ ✓

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mí hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo se quedaron con nosotros sin importar lo que pasara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuando el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La ubicación de los servicios fue conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió toda la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo/a le está yendo 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"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En esté momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Mi hijo(a) es más capaz de hacer cosas que el/ella quiere hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para preguntas #23 a 26, 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 de los servicios que mi familia recibió:

23. Conozco a personas que me escuchan y me entienden cuando necesito hablar con alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo personas con las que me siento cómodo/a hablando sobre los problemas de mi hijo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. 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"/>
26. 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"/>

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

23658

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

DHCS 1744 SP

Must be entered on EVERY page



27. ¿Que ha sido lo que más le ha ayudado de los servicios que usted y su hijo(a) han recibió durante los pasados 6 meses? ¿Que podríamos hacer para mejorar los servicios que ofrecemos aquí? Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio, o si es necesario detrás de esta página. Estamos interesados en escuchar sus comentarios, ya sean positivos o negativos.

Por favor, responda las siguientes preguntas para informarnos cómo le está yendo a su hijo/a.

1. ¿Actualmente, esta su hijo(a) viviendo con usted? Sí No
2. ¿Durante los pasados 6 meses, a vivido su hijo(a) en alguno de los siguientes lugares?
Por favor selecciona todas las que apliquen
 - Con uno o ambos padres
 - Con otro miembro de la familia
 - En un hogar temporal (foster home)
 - En un hogar temporal teurapectico (therapeutic foster home)
 - Albergue de crisis (crisis shelter)
 - Albergue temporal para personas sin hogar (homeless shelter)
 - En una casa hogar (group home)
 - En un centro de tratamiento residencial
 - En un hospital
 - En una cárcel local o centro de detención
 - Centro correccional estatal
 - Se fue de la casa/no tiene donde vivir/vive en la calle
 - Otro
3. ¿Durante el año pasado, visito su hijo(a) a un doctor(a)/medico o enfermera para un chequeo de salud o porque se sintió enfermo(a)?
 Sí, en una clínica o oficina Sí, pero solamente en el hospital o la sala de emergencia No No recuerdo
4. Esta su hijo(a) tomando medicamentos para controlar problemas emocionales o de comportamiento? Sí No
- 4a. ¿Si esta tomando medicamentos, le informo su doctor(a) o enfermera sobre los efectos secundarios que su hijo(a) podría experimentar? Sí No

* CSI County Client Number

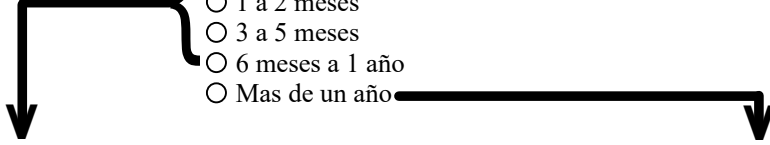
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Must be entered on EVERY page



5. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo hace que su hijo/a recibe servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí.
- Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a 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 # 6 - 11 si su hijo/a ha estado recibiendo servicios de salud mental para

UN AÑO O MENOS

Por favor responda preguntas # 12 a 17 si su hijo(a) a estado recibiendo servicios de salud mental por

MAS DE UN AÑO

6. ¿Ha sido su hijo(a) arrestado(a) desde que empezó a recibir servicios de salud mental? Sí No
7. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
8. Desde que su hijo(a) 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 llevado a un albergue o programa de crisis
 Mantenido igual
 Aumentado
 No Aplica
No a tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado
9. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela desde que empezó a recibir servicios? Sí No
10. ¿Fue su hijo/a expulsado/a o suspendido/a de la escuela durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
11. Desde que mi hijo/a empezó a recibir servicios de salud mental, el número de días que mi hijo/a fue a la escuela es:
 Aumentado Seguido igual Disminuido
 No aplica → *Por favor seleccione el por qué no aplica*
 Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia el la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
 Mi hijo(a) es muy joven para asistir a la escuela
 Mi hijo(a) fue expulsado(a) de la escuela
 Mi hijo(a) fue instruido en casa, no atendió una escuela pública
 Mi hijo(a) deajo de asistir a la escuela
 Otro

12. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los pasados 12 meses? Sí No
13. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
14. Durante el ultimo año, los encuentros de su hijo(a) con la policía han...
 Disminuido
Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha llevado a un albergue o programa de crisis
 Mantenido igual
 Aumentado
 No Aplica
No a tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado
15. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los pasados 12 meses? Sí No
16. ¿Fue su hijo/a expulsado/a o suspendido/a de la escuela durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
17. Durante el año pasado, el número de días que mi hijo/a fue a la escuela es:
 Aumentado Seguido igual Disminuido
 No aplica → *Por favor seleccione el por qué no aplica*
 Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia el la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
 Mi hijo(a) es muy joven para asistir a la escuela
 Mi hijo(a) fue expulsado(a) de la escuela
 Mi hijo(a) fue instruido en casa, no atendió una escuela pública
 Mi hijo(a) deajo de asistir a la escuela
 Otro

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



23658



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos de a saber un poco más sobre su hijo(a).


18. ¿Cuál es el género de su hijo(a)?
Por favor selecciona todas las que apliquen
- Masculino
 Femenino
 No-binario
 Transgénero: Femenino a Masculino
 Transgénero: Masculino a Femenino
 Otra identidad de género
19. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No Desconocido
20. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven?
Por favor selecciona todas las que apliquen
- Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Afro-Americano/Negro
 Nativo de Hawai/De otras Islas del Pacífico
 Anglosajón/Blanco
 Otra raza
 Desconocido
21. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven?
- mes día año
 - -
22. ¿Tiene su hijo(a) seguro de Medi-Cal (Medicaid)? Sí No
23. ¿Se proporcionaron los documentos escritos y/o los servicios que recibió su hijo 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

24. Ahora pensando acerca de todos los servicios que recibió su hijo, ¿qué tanto fue por medio de la telemedicina?
por teléfono o videoconferencia

Ninguno Muy poco Aproximadamente la mitad Casi todos Todos

25. ¿Qué tan útiles fueron las visitas de telemedicina comparadas con las visitas tradicionales en persona para su hijo?
 Mucho peor Un poco peor Casi lo mismo Un poco mejor Mucho mejor No Aplica

26. Preferiría recibir más del tratamiento de salud mental de mi hijo/a en este programa a través de telemedicina.
 Definitivamente en desacuerdo En desacuerdo Estoy neutral De acuerdo Definitivamente de acuerdo
 No Aplica




¡Gracias por tomar el tiempo para contestar estas preguntas!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Date of Survey Administration:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

County Reporting Unit (optional):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

23658

