

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 rellene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✕

Por favor responda las siguientes preguntas basándose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, rellene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mí durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuando tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 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"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<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 respetó 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 recibí:

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
16. 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"/>
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. 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"/>
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...



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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

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 recibí:

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
23. Conozco a gente que me escucha y entiende 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 gente con la cual me siento cómodo(a) para platicarles sobre mis problemas.	<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 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"/>
27. ¿Que ha sido lo que más le ha ayudado de los servicios que usted recibió durante los pasados 6 meses?						

28. ¿Que podríamos hacer para mejorar los servicios que ofrecemos aquí?

29. 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 que nos deje saber como usted se encuentra.

1. ¿Durante los pasados 6 meses, a vivido usted en alguno de los siguientes lugares? (POR FAVOR MARQUE TODOS LOS LUGARES QUE APLIQUEN)

- Con uno o ambos padres
- Con algún familiar
- En un hogar temporal (foster home)
- En un hogar temporal teurapectivo (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
- Me fui de mi casa/no tengo donde vivir/vivo en la calle
- En otro lugar (describalo): _____

2. ¿Durante el año pasado, visito usted a un doctor(a)/medico o enfermera para un chequeo de salud o porque se sintió enfermo(a)? (Por favor marque solo una respuesta)

- Sí, en una clínica o oficina Sí, pero nada más en un cuarto de hospital de emergencia No No recuerdo

3. ¿Esta usted tomando medicamentos para controlar problemas emocionales/o de comportamiento? Sí No

3a. ¿Sí esta tomando medicamentos, le informo su doctor(a) o enfermera sobre los efectos secundarios que usted podría experimentar? Sí No

4. ¿Aproximadamente, ¿cuanto tiempo tiene usted recibiendo 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
- Más de 1 año

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...



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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

Por favor responda preguntas # 5 a 10 si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por UN AÑO o MENOS. Si usted a estado recibiendo servicios de salud mental por "MAS DE UN AÑO", pase a la pregunta # 11.

5. ¿Ha sido usted arrestado desde que empezó a recibir servicios de salud mental? Sí No
6. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
7. 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)
8. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela desde que empezó a recibir servicios? Sí No
9. ¿Durante los pasados 12 meses, antes de recibir servicios fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela? Sí No
10. Desde que empezó usted a recibir servicio de salud mental, el número de días que usted ha estado asistiendo a la escuela a:
- Aumentado Seguido igual Disminuido No aplica (Por favor escoja la razón por la cual esta pregunta no aplica)
 - Yo no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
 - Fui expulsado(a) de la escuela
 - Fui instruido en casa, no atendí una escuela pública
 - Deje de asistir a la escuela
 - Otra razón: _____

PASE a la pregunta #17 en la siguiente pagina 

Por favor responda preguntas # 11 a 16 nada más si usted a estado recibiendo servicios de salud mental "POR MAS DE UN AÑO."

11. ¿Durante los pasados 12 meses, a sido usted arrestado(a)? Sí No
12. ¿Fue usted arrestado(a) durante los 12 meses antepasados? Sí No
13. Durante el ultimo año, 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)
14. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los pasados 12 meses? Sí No
15. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los 12 meses antepasados? Sí No
16. Durante el año pasado, el número de días que usted a estado asistiendo a la escuela a:
- Aumentado Seguido igual Disminuido No aplica (Por favor escoja la razón por la cual esta pregunta no aplica)
 - Yo no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
 - Fui expulsado(a) de la escuela
 - Fui instruido en casa, no atendí una escuela pública
 - Deje de asistir a la escuela
 - Otra razón: _____

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

243



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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

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

17. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
18. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No sé
19. ¿Cuál es su raza? (Por favor marque todas las respuestas que apliquen.)
- Indio Americano / Nativo de Alaska Nativo de Hawai / De otras Islas del Pacífico Raza desconocida
 - Asiático Anglosajón / Blanco
 - Afro-Americano / Negro Otra raza

20. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de los cuadros y rellene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	□	□
0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0
1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1
2	2	2		2	2		2	2	2	2	2	2
3	3	3		3	3		3	3	3	3	3	3
4	4	4		4	4		4	4	4	4	4	4
5	5	5		5	5		5	5	5	5	5	5
6	6	6		6	6		6	6	6	6	6	6
7	7	7		7	7		7	7	7	7	7	7
8	8	8		8	8		8	8	8	8	8	8
9	9	9		9	9		9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es abril 30 de 1987
Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

- Escriba la fecha de nacimiento →
- Rellene los círculos que corresponden

	0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

21. ¿Tiene usted seguro de Medi-Cal (Medicaid)? Sí No
22. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el idioma que usted prefirió? Sí No
23. ¿Hubo información escrita disponible para usted en el idioma que usted prefirió (por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental)? Sí No
24. Por favor identifique quién le ayudó a contestar cualquier parte de esta encuesta (Marque todas las respuestas que apliquen):
- No necesité ayuda.
 - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
 - Otro usuario de servicios de salud mental me ayudó.
 - Un miembro de mi familia me ayudó.
 - Un entrevistador profesional me ayudó.
 - Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 - Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

!Gracias por tomar el tiempo para responder estas preguntas!

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	1	8
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Reason (if applicable):

- Ref Imp Lan Oth

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

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Reporting Unit:

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

