Ley de Servicios de Salud Mental

(MHSA por sus siglas en inglés)

Actualización Anual del Año Fiscal 2016/17

Formulario de Comentarios para Personas Interesadas

¿Cuál es su edad?

☐0-15 años ☐26-59 años
☐16-25 años ☐60 + años

¿Cuál es su género?

☐Femenino ☐Masculino ☐Otro: _____

¿En cuál región vive usted?

☐Región de Valle Central ☐ Región de Desierto/Montañas
☐ Región al este del Valle ☐ Región al oeste del Valle

¿Qué grupo(s) representa usted?

☐ Familiar del consumidor
☐Consumidor de Servicios de Salud Mental
☐Consumidor de Servicios de Alcohol y Drogas
☐Autoridad Policial
☐Educación
☐Agencia Comunitaria
☐ Comunidad Religiosa
☐Personal del Condado
☐Agencia de Servicios Sociales
☐Proveedor de Atención Médica
☐Miembro de la Comunidad
☐En el Servicio Militar Activo
☐Veterano del Servicio Militar
☐Represente de Organización de Veteranos
☐Proveedor de Servicios de Salud Mental
☐Proveedor de Servicios de Alcohol y Drogas

¿Cuál es su Grupo Étnico?

☐Afroamericano ☐Asiático/Islas del Pacífico ☐Latino/Hispano
☐Amerindio/Nativo Americano ☐Caucásico/Blanco ☐Otro:_____

¿Cuál es su idioma principal?

☐Inglés ☐Español ☐Vietnamita ☐Otro:_____

¿Cuál es su opinión general sobre la Actualización Anual del MHSA en el Condado de San Bernardino?

☐Muy Satisfecho ☐Algo Satisfecho ☐ Satisfecho ☐Insatisfecho ☐Muy insatisfecho

¿Tiene alguna otra duda que no haya sido hablada en esta junta?

_____
_____
_____

¿Qué aprendió sobre la Actualización Anual de la MHSA?

_____
_____
_____

¿Qué más le gustaría aprender sobre el proceso de la MHSA?

_____
_____
_____

Gracias de nuevo por tomar el tiempo de revisar y proveer su opinión en el proceso de la Actualización Anual de la MHSA en el Condado de San Bernardino.

Enviar