



- 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** 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(a), De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. 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 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.	○	○	○	○	○	○	○	○
2.	Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○	○	○
3.	Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○	○	○
4.	Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mí durante el proceso.	○	○	○	○	○	○	○	○
5.	Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuando tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○	○	○
6.	Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○	○	○
7.	Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○	○	○
8.	La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○	○	○
9.	Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○	○	○
10.	Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○	○	○
11.	Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○	○	○
12.	El personal me trató con respeto.	○	○	○	○	○	○	○	○
13.	El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○	○	○
14.	El personal me habló de una forma que pude entender.	○	○	○	○	○	○	○	○
15.	El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí									
16.	Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○	○	○
17.	Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○	○	○
18.	Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○	○	○
19.	Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○	○	○
20.	Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○	○	○
21.	Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○	○	○
22.	Soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.	○	○	○	○	○	○	○	○

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 directo de los servicios que recibí									
23.	Conozco a gente que me escucha y entiende cuando necesito hablar con alguien.	○	○	○	○	○	○	○	○
24.	Tengo gente con la cual me siento cómodo(a) para platicarles sobre mis problemas.	○	○	○	○	○	○	○	○
25.	En caso de una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	○	○	○	○	○	○	○	○
26.	Tengo personas con las cuales puedo hacer cosas agradables y que disfruto.	○	○	○	○	○	○	○	○

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



27. ¿Que ha sido lo que más le ha ayudado de los servicios que usted recibió durante los pasados 6 meses? ¿Que podríamos hacer para mejorar los servicios que ofrecemos aquí? Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio. 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 selecciona todas las que apliquen

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Con uno o ambos padres | <input type="radio"/> En un hospital |
| <input type="radio"/> Con algún familiar | <input type="radio"/> En una cárcel local o centro de detención |
| <input type="radio"/> En un hogar temporal (foster home) | <input type="radio"/> Centro correccional estatal |
| <input type="radio"/> En un hogar temporal teurapectico (therapeutic foster home) | <input type="radio"/> Me fui de mi casa/no tengo donde vivir/vivo en la calle |
| <input type="radio"/> Albergue de crisis (crisis shelter) | <input type="radio"/> Otro |
| <input type="radio"/> Albergue temporal para personas sin hogar (homeless shelter) | |
| <input type="radio"/> En una casa hogar (group home) | |
| <input type="radio"/> En un centro de tratamiento residencial | |

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)?

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

* CSI County Client Number



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

Must be entered on EVERY page



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
- Mas de un año

 Por favor responda preguntas # 5 a 10, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por UN AÑO O MENOS	 Por favor responda preguntas # 11 a 16, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por MAS DE UN AÑO
<p>5. ¿Ha sido usted arrestado desde que empezó a recibir servicios de salud mental? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>6. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>7. Desde que usted empezó a recibir servicios de salud mental, sus encuentros con la policía han.... <input type="radio"/> Disminuido <i>Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis</i> <input type="radio"/> Mantenido igual <input type="radio"/> Incrementado <input type="radio"/> No Aplica <i>No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado</i></p> <p>8. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela desde que empezó a recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>9. ¿Durante los pasados 12 meses, antes de recibir servicios fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>10. Desde que empezó usted a recibir servicio de salud mental, el número de días que usted ha estado asistiendo a la escuela a: <input type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Seguido igual <input type="radio"/> Disminuido <input type="radio"/> No aplica → <i>Por favor seleccione el por qué no aplica</i> <input type="radio"/> Yo no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental <input type="radio"/> Fui expulsado(a) de la escuela <input type="radio"/> Fui instruido en casa, no atendí una escuela públicad <input type="radio"/> Deje de asistir a la escuela <input type="radio"/> Otro</p>	<p>11. ¿Fue usted arrestado durante los pasados 12 meses? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>12. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>13. Durante el año pasado, sus encuentros con la policía han... <input type="radio"/> Disminuido <i>Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis</i> <input type="radio"/> Mantenido igual <input type="radio"/> Incrementado <input type="radio"/> No Aplica <i>No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado</i></p> <p>14. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los pasados 12 meses? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>15. ¿Durante los pasados 12 meses, antes de recibir servicios fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>16. Durante el año pasado, el número de días que usted a estado asistiendo a la escuela a: <input type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Seguido igual <input type="radio"/> Disminuido <input type="radio"/> No aplica → <i>Por favor seleccione el por qué no aplica</i> <input type="radio"/> Yo no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental <input type="radio"/> Fui expulsado(a) de la escuela <input type="radio"/> Fui instruido en casa, no atendí una escuela públicad <input type="radio"/> Deje de asistir a la escuela <input type="radio"/> Otro</p>

* 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.

17. ¿Cuál es su género?
Por favor selecciona todas las que apliquen
- Masculino
 Femenino
 No-binario
- Transgénero: Femenino a Masculino
 Transgénero: Masculino a Femenino
 Otra identidad de género
18. Te consideras a ti mismo como:
Por favor selecciona todas las que apliquen
- Heterosexual
 Gay o Lesbiana
 Bisexual
- Otra orientación sexual
 Desconocido
 Prefiero no contestar
19. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No Desconocido
20. ¿Cuál es su raza?
Por favor selecciona todas las que apliquen
- Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Afro-Americano/Negro
 Nativo de Hawaii/De otras Islas del Pacífico
- Anglosajón/Blanco
 Otra raza
 Desconocida
21. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
- mes día año
- -
22. ¿Tiene usted seguro de Medi-Cal (Medicaid)? Sí No
23. ¿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

24. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿cuántos fueron por telesalud?
by telephone or video-conferencing
- Ninguno Muy poco Aproximadamente la mitad Casi todos Todos
25. ¿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
26. 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
- 



¡Gracias por tomar el tiempo para responder 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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Must be entered on EVERY page

30188

