

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 opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ☒

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 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"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuando yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*This 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
Must be entered on EVERY page



	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Como resultado directo de los servicios que recibí:

21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>					
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>					
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>					
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>					
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>					
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>					
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>					
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>					
29. Me involucro en cosas que son más significantes para mí.	<input type="radio"/>					
30. Soy más capaz de cuidar y ocuparme de mis necesidades.	<input type="radio"/>					
31. Soy más capaz de manejar las cosas cuando me salen mal.	<input type="radio"/>					
32. Soy más capaz de hacer cosas que yo quiero hacer.	<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:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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 gente 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"/>
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"/>

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, relleno el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, rellene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá relleno 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

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. 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

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted 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

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
4. Cómo se siente usted 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"/>

Relaciones Sociales

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
5. Cómo se siente usted sobre:								
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<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 cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<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 amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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



Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de: No Sí

A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?

B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?

7. ¿Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún delito?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:
 Excelente Muy buena Buena Regular Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

1. ¿Aproximadamente, ¿cuanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?
 Está es mi primera visita aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses
 6 meses a 1 año

Por favor responda preguntas # 2 a 4, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios por UN AÑO o MENOS. Si usted a estado recibiendo servicios por "MAS DE UN AÑO," por favor siga a la pregunta #5.

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
 Incrementado
 No aplica (No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado)

Pase a la pregunta # 8, debajo

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

CSI County Client Number
 Must be entered on EVERY page

Por favor responda preguntas #5 a 7 nada más si usted a estado recibiendo servicios de salud mental "POR MAS DE UN AÑO."

5. ¿Fue usted arrestado durante los pasados 12 meses? Sí No

6. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antepasados? 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

Incrementado

No aplica (No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado)

CONTINUE con la encuesta, debajo ↓

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

8. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro

9. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No sé

10. ¿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

11. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

12. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el idioma que usted prefirió? Sí No

13. ¿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

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



14. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa?

(Marque solo una respuesta):

- Yo decidí venir por mi propia voluntad.
- Alguien más recomendó que yo viniera.
- Vine en contra de mi voluntad.

15. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está 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?: _____

16. Estamos interesados en recibir sus comentarios ya sean positivos o negativos. Sí tiene algún comentario escríbalo en este espacio, o si es necesario detrás de esta pagina. También nos interesa saber si hay áreas (preguntas) que no cubrimos, que usted piensa deberíamos de cubrir en este cuestionario. Sí es así, por favor escríbalas aquí. Gracias por cooperar con nosotros y por tomar su tiempo para completar este cuestionario.

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

Date of Survey Administration:

0	5	/			/	2	0	2	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

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:

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

2093

