ADULT SURVEY
Fall 2016

SPANISH
With QOL

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 está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

Como resultado directo de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○

*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.

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

5177

DHCS 1742 SP (05/13)

Como resultado directo de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○
29. Me involucro en cosas que son más significantes para mi.	○	○	○	○	○	○
30. Soy más capaz de cuidar y ocuparme de mis necesidades.	○	○	○	○	○	○
31. Soy más capaz de manejar las cosas cuando me salen mal.	○	○	○	○	○	○
32. Soy más capaz de hacer cosas que yo quiero hacer.	○	○	○	○	○	○

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.	○	○	○	○	○	○
34. Tengo gente con las cuales puedo hace cosas agradables y que disfruto.	○	○	○	○	○	○
35. Siento que pertenezco y soy parte de mi comunidad.	○	○	○	○	○	○
36. En caso de una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	○	○	○	○	○	○

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, rellenando 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 podra rellenar 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?	○	○	○	○	○	○	○

Modo de Vivir 2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento 3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

5177

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Familia

4. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
   - ○ Por lo menos una vez al día
   - ○ Por lo menos una vez a la semana
   - ○ Por lo menos una vez al mes
   - ○ Menos de una vez al mes
   - ○ Nunca
   - ○ No tengo familia / No aplica

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

   A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
   - ○ Por lo menos una vez al día
   - ○ Por lo menos una vez a la semana
   - ○ Por lo menos una vez al mes
   - ○ Menos de una vez al mes
   - ○ Nunca
   - ○ No aplica

   B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
   - ○ Por lo menos una vez al día
   - ○ Por lo menos una vez a la semana
   - ○ Por lo menos una vez al mes
   - ○ Menos de una vez al mes
   - ○ Nunca
   - ○ No aplica

7. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

5177

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Salud

12. 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?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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.
○ 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

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 ⬇

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)

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
○ Asiático
○ Afro-Americano/Negro
○ Nativo de Hawai / De otras Islas del Pacífico
○ Anglosajón / Blanco
○ Otra raza
○ Raza desconocida

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

5177

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

11. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (**Escriba dentro de las cajas y rellene cada círculo que corresponda. Vea el Ejemplo.**)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es abril 30 de 1967

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Rellene los círculos que coresponden

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

14. ¿Cúal 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 encontra 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.

!Gracias por tomar el tiempo para responder estás preguntas!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

REQUIRED Information:

County Code: 3 6

Date of Survey Administration:

1 1 - - 2 0 1 6

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:

5177