YOUTH SERVICES SURVEY FOR YOUTH
Fall 2018

SPANISH

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 ✗ ✓

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.	○	○	○	○	○	○
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 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.	○	○	○	○	○	○
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 areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○
22. Soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.	○	○	○	○	○	○

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.	○	○	○	○	○	○
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?

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 teurapectico (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 (descríbalo): _____

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...

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 servicos 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...

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	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es abril 30 de 1987

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

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 estás preguntas!

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code: 3 6

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:

☐☐☐☐☐☐☐☐

243