



## Encuesta para las partes interesadas

Actualización anual de la MHSA

Año fiscal 2025/2026

Comentario público de 30 días

### 1. ¿Cuántos años tiene?

- 0-15 años  26-59 años  
 16-25 años  +60 años  
 Prefiero no responder

### 2. ¿Qué sexo le asignaron al nacer?

- Femenino  Masculino  
 Prefiero no responder

### 3. ¿Cómo se describiría a usted mismo?

- Mujer  Hombre  
 Mujer transgénero  Hombre transgénero  
 Queer  No binario  
 Me cuestiono mi identidad de género o no estoy seguro de ella  
 Otro/No está en la lista: \_\_\_\_\_  
 Prefiero no responder

### 4. ¿Cómo se considera a usted mismo?

- Heterosexual  Gay/Lesbiana  
 Bisexual  Queer  
 Me cuestiono mi orientación o no estoy seguro de ella  
 Otro/No está en la lista: \_\_\_\_\_  
 Prefiero no responder

### 5. ¿Qué idioma principal se habla en su casa?

- Inglés  Mandarín  
 Español  Vietnamita  
 Otro/No está en la lista: \_\_\_\_\_  
 Prefiero no responder

### 6. ¿Usa los servicios de salud mental?

- Sí (actualmente)  NO  
 Sí (en el pasado)  Prefiero no responder

### 7. ¿Usa los servicios para consumidores de alcohol o drogas?

- Sí (actualmente)  NO  
 Sí (en el pasado)  Prefiero no responder

### 8. ¿Alguno de sus amigos, familiares o seres queridos usa los servicios de salud mental o los servicios para consumidores de alcohol o drogas?

- Sí  NO  
 Prefiero no responder

### 9. ¿Alguna vez estuvo en el ejército?

- Sí (actualmente)  NO  
 Sí (en el pasado)  Prefiero no responder

### 10. ¿Qué categoría describe mejor su raza (es decir, características físicas/ancestrales)?

(Marque todas las opciones que correspondan):

- Nativo de los Estados Unidos o nativo de Alaska  
 Asiático  
 Afroamericano/negro  
 Caucásico/blanco  
 Hispano/latino  
 Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico  
 Más de una raza  
 Otra/No está en la lista: \_\_\_\_\_  
 Prefiero no responder

### 11. ¿Qué opción describe mejor a su empleador?

- Proveedor de servicios comunitarios  
 Gobierno federal, estatal, del condado o de la ciudad  
 Organización sin fines de lucro  
 Empresa privada  
 Trabajador por cuenta propia  
 Estudiante/practicante  
 No tengo empleo  
 Otra/No está en la lista: \_\_\_\_\_  
 Prefiero no responder

Continúe en la próxima página.



## Encuesta para las partes interesadas

Actualización anual de la MHSA

Año fiscal 2025/2026

Comentario público de 30 días

### 12. ¿Está usted conectado a alguno de los siguientes grupos de partes interesadas (empleados, afiliados, representantes)? (Marque todas las opciones que correspondan):

- Programa de servicios para consumidores de alcohol y drogas
- Agencias de la Tercera Edad
- Continuidad de la atención
- Aseguradoras de discapacidad
- Educación - Organizaciones de la primera temprana infancia
- Educación – K-12 (servicios directos de niños)
- Educación – Distritos escolares y otras agencias (sin servicios directos de niños)
- Educación – Socios de educación superior, colegios, escuelas vocacionales
- Servicios de urgencias medicas
- Organización religiosa
- Atención médica – Salud mental/de comportamiento
- Atención médica – Salud física
- Planes de servicios de Atención medica, incluidos los planes de atención administrada de Medi-Cal
- Centros de vida independiente
- Organización sindical representativa
- Fuerzas policiales
- Centros regionales
- Programa/agencia de servicios sociales o humanos
- Programa de Salud Tribales y Indígenas de personas designadas establecidas con propósito de consultas para Medi-Cal tribal
- Organización de veteranos
- Organización/Proveedores de salud mental o trastornos por consumo de sustancias para jóvenes
- No tengo empleo
- Otra/No está en la lista: \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

### 13. ¿Tiene alguna discapacidad o deficiencia que se espera que dure más de 6 meses y que limita considerablemente la realización de una actividad de la vida diaria como resultado de una enfermedad mental grave?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

### 14. ¿Vive o trabaja en el condado de San Bernardino? Si vive y trabaja allí, indique la región en la que vive:

- Región de Central Valley  
*p. ej., Bloomington, Fontana, Grand Terrace, Rialto*
- Región desértica/montañosa  
*p. ej., Adelanto, Amboy, Apple Valley, Baker, Big Bear City, Cima, Earp, Fort Irwin, Hesperia, Hinkley, Joshua Tree, Landers, Ludlow, Morongo Valley, Mountain Pass, Needles, Nipton, Parker Dam, Phelan, Pioneertown, Sky Forest, Sugarloaf, 29 Palms, Wrightwood, Yermo, Yucca Valley*
- East Valley  
*p. ej., Green Valley Lake, Highland, Lake Arrowhead, Loma Linda, Lytle Creek, Mentone, Patton, Redlands, Rimforest, Running Springs, San Bernardino, Yucaipa*
- West Valley  
*p. ej., Chino Hills, Chino, Guasti, Mt. Baldy, Montclair, Rancho Cucamonga*
- Vivo y trabajo en un condado vecino de California  
Código postal: \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

### 15. En el futuro, ¿cómo le gustaría recibir las actualizaciones de la MHSA? (Marque todas las opciones que correspondan)

- En las reuniones del Comité Asesor de Políticas Comunitarias
- En un seminario por internet (reunión virtual)
- Por correo electrónico (escriba su correo electrónico abajo)  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Por redes sociales
- En una reunión especial de la comunidad (escriba su información de contacto abajo)  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_
- Otra/No está en la lista: \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

Continúe en la próxima página.



Departamento  
de Salud  
Mental

LEY DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (MHSA)

## Encuesta para las partes interesadas

*Actualización anual de la MHSA*

*Año fiscal 2025/2026*

*Comentario público de 30 días*

Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Sus comentarios nos ayudarán a mejorar el proceso de planificación comunitaria para satisfacer mejor las necesidades de nuestra comunidad. **Toda la información brindada será confidencial.**

Continúe en la próxima página.



Departamento  
de Salud  
Mental

## Encuesta para las partes interesadas

Actualización anual de la MHSA

Año fiscal 2025/2026

Comentario público de 30 días

**1. ¿Qué aprendió sobre la actualización del plan anual de la MHSA?**

**2. ¿Qué más le gustaría saber del proceso de la MHSA?**

**3. ¿Tiene alguna otra inquietud que no se haya tratado en este debate?**

**4. ¿Tiene algún otro comentario?**

Gracias de nuevo por tomarse el tiempo para revisar la encuesta y hacer comentarios.