



## Departamento de Salud Mental

# Encuesta para las partes interesadas

Plan del proyecto de innovación para la mejora del  
programa MHSA para el tratamiento ambulatorio  
valorado (PIVOT, por sus siglas en inglés) 2025

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 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 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 has servido 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.



## Departamento de Salud Mental

# Encuesta para las partes interesadas

*Plan del proyecto de innovación para la mejora del programa MHSA para el tratamiento ambulatorio valorado (PIVOT, por sus siglas en inglés) 2025*

*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 médica, 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 e Indígenas de personas designadas establecidas con propósito de consultas para Medi-Cal tribal
- ☐ Organización de veteranos
- ☐ Organización/Proveedores de salud mental para jóvenes 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

### 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

Continúe en la próxima página.



**Departamento  
de Salud  
Mental**

## Encuesta para las partes interesadas

*Plan del proyecto de innovación para la mejora del  
programa MHSA para el tratamiento ambulatorio  
valorado (PIVOT, por sus siglas en inglés) 2025*

*Comentario público de 30 días*

### 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

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**

LEY DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (MHSA)

## **Encuesta para las partes interesadas**

*Plan del proyecto de innovación para la mejora del  
programa MHSA para el tratamiento ambulatorio  
valorado (PIVOT, por sus siglas en inglés) 2025*

*Comentario público de 30 días*

**1. ¿Qué grado de satisfacción le merece el Plan de Innovación de MHSA?**

☐ Muy satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Neutral ☐ Insatisfecho ☐ Muy insatisfecho

**2. ¿Hay alguna información adicional que le gustaría compartir sobre este proyecto?**

**3. ¿Tiene alguna duda que no haya sido abordada con respecto a este plan de proyecto?**

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