



Behavioral Health

Formulario de comentarios para las partes interesadas

*Plan Integrado de la Ley de Servicios de
Salud Mental (BHSA)*

Años fiscales 26/27 – 28/29

- 1. ¿Apoya la adopción e implementación del Plan Integrado de BHSA tal como se presentó? Si respondió “No” o “No estoy seguro”, explique su respuesta en la Pregunta 4.**

SI	Neutral	No	No estoy seguro
☐	☐	☐	☐

- 2. Seleccione los tres objetivos estatales de salud mental que considere más importantes para que DBH los priorice. Los objetivos obligatorios y seleccionados están marcados para su referencia.**

- ☐ Acceso a la atención (Obligatorio)
- ☐ Prevención y tratamiento de afecciones físicas coexistentes
- ☐ Calidad de vida
- ☐ Conexión social
- ☐ Participación en la escuela
- ☐ Participación en el trabajo
- ☐ Suicidios (Seleccione el condado)
- ☐ Sobredosis (Seleccione el condado)
- ☐ Afecciones de salud mental sin tratamiento (Obligatorio)
- ☐ Institucionalización (Obligatorio)
- ☐ Falta de vivienda (Obligatorio)
- ☐ Participación en la justicia (Obligatorio)
- ☐ Retirada de menores del hogar (Obligatorio)

- 3. Seleccione un área del Plan Integrado sobre la que desea comentar.**

- ☐ Objetivos Estatales de Salud Mental
- ☐ Proceso de Planificación Comunitaria
- ☐ Servicios y Apoyos de Salud Mental
- ☐ Colaboración de Servicios Integrales
- ☐ Intervenciones de Vivienda
- ☐ Estrategia de Fuerza Laboral
- ☐ Presupuesto
- ☐ Otro (por favor especifique): _____

- Comparte tu comentario sobre el área seleccionada en el espacio provisto.**

- Incluya cualquier otro comentario, pregunta, sugerencia o inquietud sobre el Plan Integrado de BHSA.**

- 4. ¿Cuál es su edad?**

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

- 5. ¿Qué sexo se le asignó al nacer?**

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ Prefiero no responder

- 6. ¿Cómo se describe a sí mismo?**

- ☐ Femenino
- ☐ Mujer Trans
- ☐ Género Queer
- ☐ Cuestionándose o inseguro de su identidad de género
- ☐ Otro/No listado: _____
- ☐ Prefiero no responder
- ☐ Masculino
- ☐ Hombre Trans
- ☐ No Binario



Behavioral Health

Formulario de comentarios para las partes interesadas

*Plan Integrado de la Ley de Servicios de
Salud Mental (BHSA)*

Años fiscales 26/27 – 28/29

7. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?

- ☐ Inglés ☐ Mandarín
☐ Español ☐ Vietnamita
☐ Otro/No listado _____
☐ Prefiero no responder

8. ¿Qué categoría describe mejor su raza (es decir, sus características físicas o ancestrales)? (Marque todas las que apliquen)

- ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Afroamericano/Negro
☐ Caucásico/Blanco
☐ Latinx/Hispano
☐ Nativo de Hawái
☐ Isleño del Pacífico
☐ Múltiples razas
☐ Otro (por favor especifique): _____
☐ Declino declarar

9. Indíquenos a qué grupo(s) de interés representa. Marque todas las opciones que correspondan. Si ninguna de las opciones corresponde, utilice la opción "Otro" para compartir su información.

- ☐ Adultos elegibles y adultos mayores (personas con experiencia vivida)
☐ Familias de niños y jóvenes elegibles, adultos elegibles y adultos mayores elegibles (familias con experiencia vivida)
☐ Jóvenes (personas con experiencia vivida) u organizaciones de salud mental para jóvenes o para el trastorno por consumo de sustancias
☐ Proveedores de servicios de salud mental y de servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias
☐ Socios de seguridad pública, incluidas agencias de justicia juvenil
☐ Agencias de educación local
☐ Socios de educación superior
☐ Organizaciones para la niñez temprana

- ☐ Jurisdicciones de salud pública locales
☐ Agencias de servicios sociales y de bienestar infantil del condado
☐ Organizaciones de Representantes Laborales
☐ Veteranos
☐ Representantes de organizaciones de veteranos
☐ Organizaciones de atención médica, incluidos los hospitales
☐ Planes de servicios de salud, incluyendo planes de atención administrada de Medi-Cal (MCPs)
☐ Aseguradores de discapacidad (aseguradores comerciales de discapacidad que cubren beneficios hospitalarios, médicos o quirúrgicos, según se definen en el artículo 106, subdivisión (b) del Código de Seguros)
☐ Designados del Programa de Salud Tribal e Indígena establecidos para fines de consulta tribal de Medi-Cal
☐ Una de las cinco ciudades con mayor población en el condado
☐ Agencias locales sobre el envejecimiento
☐ Centros de vida independiente
☐ Continuos de atención, incluidos representantes de la comunidad de proveedores de servicios para personas sin hogar
☐ Centros regionales
☐ Servicios médicos de emergencia
☐ Organizaciones comunitarias que prestan servicios a constituyentes con diversidad cultural y lingüística

10. Por favor, indique el código postal o la ciudad en la que vive:

Código postal: _____ o Ciudad: _____
☐ 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 proporcionada se mantendrá confidencial.**