



Behavioral Health

Formulario de Comentarios de las Partes Interesadas

*Actualización Annual de MHSA para los
Resultados del AF 2024/25 y Actualizaciones
del AF 2025/26
Revisión Pública y Comentarios por 30 Días*

1. **Por favor, seleccione una sección de la Actualización Annual MHSA para los Resultados del año fiscal 2024/25 y las Actualizaciones del año fiscal 2025/26 sobre la cual le gustaría comentar.**

- ☐ Proceso de planificación comunitaria
☐ Prevención e Intervención Temprana (PEI)
☐ Servicios y Apoyos Comunitarios (SAC)
☐ Innovación (INN)
☐ Educación y Capacitación de la Fuerza Laboral (WET)
☐ Instalaciones de Capital y Necesidades Tecnológicas (CFTN)
☐ Otro _____

Comparte tus comentarios sobre la sección seleccionada en el espacio proporcionado.

2. **¿Qué servicios adicionales de Salud Conductual cree que nuestra comunidad necesita más? (Por ejemplo, servicios de asesoramiento, servicios de apoyo en crisis, servicios para jóvenes, servicios de TUS)?**

3. **¿Qué le ayudaría a comprender mejor la Transformación de la Salud Conductual? ¿Hay áreas específicas sobre las que le gustaría obtener más información?**

4. **Incluya cualquier otro comentario, pregunta, sugerencia o preocupación sobre la Actualización Annual MHSA para los Resultados del año fiscal 2024/25.**

5. **Por favor, indique el Código postal O la ciudad en la que vive:**

Código postal: _____ O Ciudad: _____

☐ Prefiero no responder

6. **Cuál es su edad?**

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

Por favor, continúe a la siguiente página.



Behavioral Health

Formulario de Comentarios de las Partes Interesadas

*Actualización Annual de MHSA para los
Resultados del AF 2024/25 y Actualizaciones
del AF 2025/26
Revisión Pública y Comentarios por 30 Días*

7. ¿Cómo se describes a si mismo?

- ☐ Femenina ☐ Masculino
☐ Mujer Trans ☐ Hombre Trans
☐ Género no Binario ☐ Nonbinary
☐ Cuestionando o inseguro sobre la identidad de género
☐ Otro/No listado: _____
☐ Prefiero no responder

8. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en tu hogar?

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

9. ¿Qué categoría describe mayor su raza (es decir, características físicas/ancestrales)? (Marque todas las que correspondan)

- ☐ Indio Americano/ ☐ Hawaiano Nativo
 Nativo de Alaska
☐ Asiático ☐ Isleño del Pacífico
☐ Afroamericano/Negro ☐ Razas múltiples
☐ Caucásico/Blanco ☐ Otro (por favor de
 especificar): _____
☐ Latinx/Hispano ☐ Preferiero no
 responder

10. Por favor, infórmenos qué grupo(s) de interesados representa. Marque todas las que correspondan. Si no aplica ninguna, utilice la opción "Otro" para compartir su información.

- ☐ Personas con experiencia vivida y Familias
☐ Proveedores de salud conductual y de atención médica
☐ Sector Público y Agencias del Condado
☐ Socios de Educación y Aprendizaje Temprano
☐ Socios de seguridad pública y servicios médicos de emergencia
☐ Organizaciones Comunitarias y de Defensa
☐ Representantes de Poblaciones Tribales y Especiales
☐ Gobierno Local
☐ Departamento del Condado de San Bernardino
☐ Comunidades históricamente marginadas o desatendidas (incluyendo jóvenes, racial o étnicamente diversas y/o LGBTQ+)
☐ Una de las cinco ciudades más pobladas del Condado (San Bernardino, Fontana, Rancho Cucamonga, Ontario, Victorville)
☐ Otro/No Listado: _____

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.