



Behavioral Health

Formulario de Comentarios de Partes Interesadas

Teen 311 Proyecto Piloto de Aplicación

*Período de comentario pública de 30 días
(Fecha)*

1. ¿Qué edad tienes?

- ☐ 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 incierto sobre la identidad de género
☐ 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 incierto sobre la orientación
☐ Otro/No está en la lista: _____
☐ Prefiero no responder

5. ¿Qué idioma principal se habla en su hogar?

- ☐ 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 usan los servicios de salud mental o los servicios para consumidores de alcohol o drogas?

- ☐ Sí ☐ No
☐ Prefiero no responder

9. ¿Has estado sin hogar o has tenido experiencia(s) con la falta de vivienda?

- ☐ Sí (actualmente) ☐ No
☐ Sí (en el pasado) ☐ Prefiero no responder

10. ¿Alguna vez estuvo en el ejército?

- ☐ Sí (actualmente) ☐ No
☐ Sí (en el pasado) ☐ Prefiero no responder

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

(Marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Afroamericano/negro
☐ Caucásico/blanco
☐ Hispano/latino
☐ Nativo de Hawái
☐ Isleño del Pacífico
☐ Más de una raza
☐ Otra/ No está en la lista (por favor especifica): _____

- ☐ Prefiero no responder

Continúe a la próxima página.



Behavioral Health

Formulario de Comentarios de Partes Interesadas

Teen 311 Proyecto Piloto de Aplicación

Período de comentario pública de 30 días
(Fecha)

12. ¿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

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

- ☐ Programa de servicios para consumidores de alcohol y drogas
- ☐ Agencias de la Tercera Edad
- ☐ Organización comunitaria con servicios a miembros cultural y lingüísticamente diversos
- ☐ Continuidad de la atención
- ☐ Aseguradoras de discapacidad
- ☐ Educación - Organizaciones de la primera 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 médicos de emergencia
- ☐ Organización religiosa
- ☐ Atención médica – Salud mental/de comportamiento
- ☐ Atención médica – Salud física
- ☐ Organización de Atención médica, incluidos hospitales
- ☐ Planes de servicios de Atención médica, incluidos los planes de atención administrada de Medi-Cal

- ☐ Centros de vida independiente
- ☐ Organización sindical representativa
- ☐ Fuerzas policiales
- ☐ Jurisdicción local de salud pública
- ☐ Centros regionales/Servicios para Discapacidades del Desarrollo
- ☐ Programa/agencia de servicios sociales o humanos
- ☐ Proveedor de servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias
- ☐ Programa de Salud Tribales y Indígenas de personas designadas establecidas con propósito de consultas para Medi-Cal tribal
- ☐ Organización de veteranos
- ☐ Víctimas de violencia doméstica y/o abuso sexual
- ☐ 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

14. Opcional: Por favor, indique nombre(s) específico(s) de las organizaciones interesadas (por favor NO incluya nombres de personas):

Nombre(s) de la(s) organización(es): _____

Continúe a la próxima página.



Behavioral Health

Formulario de Comentarios de Partes Interesadas

Teen 311 Proyecto Piloto de Aplicación

*Período de comentario pública de 30 días
(Fecha)*

15. ¿Tiene usted una discapacidad o deficiencia que dure más de 6 meses y que limita considerablemente una actividad de la vida diaria y no es resultado de una enfermedad mental grave?

- ☐ Sí ☐ No
☐ Prefiero no responder

16. ¿Vive o trabaja en el condado de San Bernardino? Si es en ambos casos, indique el código postal o la ciudad en la que vive:

Código postal donde vives: _____ O Ciudad
donde vives: _____

Código postal donde trabajas: _____ O

Ciudad donde trabajas: _____

- San Bernardino
- Fontana
- Ontario
- Rancho Cucamonga
- Victorville

- ☐ Sí ☐ No
☐ Prefiero no responder

☐ Trabajo y vivo en un condado vecino de California

Código postal: _____ O Ciudad:

☐ Prefiero no responder

17. En el futuro, ¿cómo le gustaría mantenerse informado? (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
☐ 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 a la próxima página



Behavioral Health

Formulario de Comentarios de Partes Interesadas

Teen 311 Proyecto Piloto de Aplicación

*Período de comentario pública de 30 días
(Fecha)*

1. ¿Qué tan satisfecho estás con el Plan del Proyecto Piloto de Teen 311?

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ Un poco de acuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ Un poco en desacuerdo
- ☐ Totalmente de desacuerdo

2. ¿Hay alguna información adicional que te gustaría compartir sobre el proyecto?

3. ¿Tienes alguna preocupación sobre este proyecto que no se haya abordado?

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