



- Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciará en los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro.
- Por favor responda las siguientes preguntas basándose en los **ÚLTIMOS 6 MESES** o si no ha recibido servicios en 6 meses, sólo responda basado en los servicios que ha recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, está Neutral, En desacuerdo, o Definitivamente en desacuerdo** con cada uno de los enunciados que se encuentran aquí abajo. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, seleccione "**No Aplica**" para indicar que está declaración no le aplica a usted.

• Por favor rellene completamente el círculo. Correcto ●  
Incorrecto ⊙ ⊗ ⊕

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Estoy neutral	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente. <i>estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

\* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

DHCS 1744 SP



25258

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Estoy neutral	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales. <i>raza, religión, lenguaje, etc.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor. <i>como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Como resultado directo de los servicios que recibí</b>						
21. es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. puedo controlar mi vida mucho mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. me involucro en cosas que son más significantes para mi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. soy más capaz de cuidar y ocuparme de mis necesidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. soy más capaz de manejar las cosas cuando me salen mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. soy más capaz de hacer cosas que yo quiero hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



Para preguntas #33-36 por favor responda tomando en cuenta las relaciones que usted tiene con otras personas que no sean su proveedor(es) de salud mental.

Como resultado directo de los servicios que recibí	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Estoy neutral	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
33. estoy feliz con las amistades que tengo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. tengo gente con las cuales puedo hacer cosas agradables y que disfruto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. siento que pertenezco y soy parte de mi comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. en caso de una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, rellenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. En algunas preguntas usted podrá rellenar el círculo que dice No aplica si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modo de Vivir	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
Piense sobre su modo de vivir actualmente:							
2. ¿Cómo se siente sobre...							
a. la situación en la que usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. la privacidad que tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. la probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades Diarias y Funcionamiento	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre:							
3. ¿Cómo se siente sobre...							
a. la forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. la oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. la cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. la cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
4. ¿Cómo se siente sobre...								
a. la forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. la relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



25258



## Relaciones Sociales

5. ¿Cómo se siente sobre...

- a. las actividades que usted hace con otras personas?
- b. la cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?
- c. las personas con las que usted se relaciona?
- d. la cantidad de amistades en su vida?

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, ¿fue usted víctima de

- a. algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?  Sí  No
- b. algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero/estafa?  Sí  No

7. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún delito?

- Ningún arresto  1 arresto  2 arrestos  3 arrestos  4 o más arrestos

8. ¿Cómo se siente sobre...

- a. su seguridad en las calles de su vecindario?
- b. su seguridad donde usted vive?
- c. la protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Salud

9. En general, diría usted que su salud es:  Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala

10. ¿Cómo se siente sobre...

- a. su salud en general?
- b. su condición física?
- c. su bienestar emocional?

	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber como usted se encuentra**

1. ¿Aproximadamente, ¿cuanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?
- Está es mi primera visita aquí.
  - He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
  - 1 a 2 meses
  - 3 a 5 meses
  - 6 meses a 1 año
  - Mas de un año

Por favor responda preguntas # 2 a 4, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por

**UN AÑO O MENOS**

2. ¿Desde que empezó a recibir servicios de salud mental, ha sido usted arrestado?  Sí  No
3. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios?  Sí  No
4. Desde que usted empezó a recibir servicios de salud mental, sus encuentros con la policía han...
- Disminuido  
*Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis*
  - Mantenido igual
  - Incrementado
  - No Aplica  
*No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado*

Por favor responda preguntas # 5 a 7, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por

**MAS DE UN AÑO**

5. ¿Fue usted arrestado durante los pasados 12 meses?  Sí  No
6. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios?  Sí  No
7. Durante el año pasado, sus encuentros con la policía han...
- Disminuido  
*Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis*
  - Mantenido igual
  - Incrementado
  - No Aplica  
*No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado*

**Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.**

8. ¿Cuál es su sexo?  Masculino  Femenino  No-binario  Transgénero: Femenino a Masculino  Transgénero: Masculino a Femenino  Otra identidad de género  
*Por favor selecciona todas las que apliquen*
9. Te consideras a ti mismo como:  Heterosexual  Gay o Lesbiana  Bisexual  Otra orientación sexual  Desconocido  Prefiero no contestar  
*Por favor selecciona todas las que apliquen*
10. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?  Sí  No  Desconocido

\* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



25258



11. ¿Cuál es su raza?  Indio Americano/Nativo de Alaska  Anglosajón/Blanco  
*Por favor selecciona*  Asiático  Otra raza  
*todas las que apliquen*  Afro-Americano/Negro  Desconocido  
 Nativo de Hawai/De otras Islas del Pacífico

12. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?      *mes*      *día*      *año*  

--	--

 - 

--	--

 - 


--	--	--	--

13. ¿Se proporcionaron los documentos escritos y/o los servicios que recibí en el idioma de su preferencia?  Sí  No  
*por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental*

14. Ahora pensando en los servicios que recibí, ¿cuántos fueron por telesalud?  
*por teléfono o videoconferencia*  
 Ninguno    Muy poco    Aproximadamente la mitad    Casi todos    Todos

15. ¿Qué tan útiles fueron tus visitas de telesalud en comparación con las visitas tradicionales?  
 Mucho peor    Un poco peor    Casi lo mismo    Un poco mejor    Mucho mejor  
 No Aplica

16. Preferiría recibir más de mi tratamiento de salud mental en este programa por telemedicina.  
 Definitivamente en desacuerdo    De acuerdo  
 En desacuerdo    Definitivamente de acuerdo  
 Estoy neutral    No aplica



17. Estamos interesados en recibir sus comentarios ya sean positivos o negativos. También nos interesa saber si hay áreas (preguntas) que no cubrimos, que usted piensa deberíamos de cubrir en este cuestionario. Sí es así, por favor escríbalas aquí.

 **¡Gracias por tomar el tiempo para responder estas preguntas!**

**FOR OFFICE USE ONLY**

County Code:      Date of Survey Administration:      County Reporting Unit (optional):  

--	--

0	5
---	---

 / 

--	--

 / 

2	0	2	4
---	---	---	---

--	--	--	--	--	--	--	--

Code for not completing the survey (if applicable):  
 Refused    Impaired    Language    Other

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.  
 \* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

