



Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciará en los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor rellene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

Por favor responda las siguientes preguntas basándose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, rellene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mí hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuando el / ella tenia una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Como resultado de los servicios que mi familia recibió:

16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo 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"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En esté momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Mi hijo(a) es más capaz de hacer cosas que el/ella quiere 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

--	--	--	--

Subunit



Para preguntas #23 a 26, 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 de los servicios que mi hijo(a) y familia recibió:

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
23. Conozco a gente que me escucha y entiende cuando necesito hablar con alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo personas con las cuales me siento cómodo(a) para platicarles sobre los problemas de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. 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"/>
26. Tengo personas 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"/>

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber como su hijo(a) se encuentra.

1. ¿Actualmente, esta su hijo(a) viviendo con usted? Sí No

2. ¿Durante los pasados 6 meses, a vivido su hijo(a) en alguno de los siguientes lugares?
(POR FAVOR MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN)

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Con uno o ambos padres | <input type="radio"/> Albergue temporal para personas sin hogar (homeless shelter) | <input type="radio"/> En una cárcel local o centro de detención |
| <input type="radio"/> Con algún familiar | <input type="radio"/> En una casa hogar (group home) | <input type="radio"/> Centro correccional estatal |
| <input type="radio"/> En un hogar temporal (foster home) | <input type="radio"/> En un centro de tratamiento residencial | <input type="radio"/> Se fue de la casa/no tiene donde vivir/vive en la calle |
| <input type="radio"/> En un hogar temporal teurapeutico (therapeutic foster home) | <input type="radio"/> En un hospital | <input type="radio"/> En otro lugar (describalo): _____ |
| <input type="radio"/> Albergue de crisis (crisis shelter) | | |

3. ¿Durante el año pasado, visito su hijo(a) a un doctor(a)/medico o enfermera para un chequeo de salud o porque se sintió enfermo(a)? **(Por favor marque solo una respuesta)**

- Sí, en una clínica o oficina Sí, pero nada más en un cuarto de hospital de emergencia No No recuerdo

4. ¿Esta su hijo(a) tomando medicamentos para controlar problemas emocionales o de comportamiento? Sí No

4a. ¿Sí esta tomando medicamentos, le informo su doctor(a) o enfermera sobre los efectos secundarios que su hijo(a) podría experimentar? Sí No

5. ¿Aproximadamente, ¿cuanto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí? **(Por favor marque solo una respuesta)**

<input type="radio"/> Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí.	<input type="radio"/> 1 a 2 meses	<input type="radio"/> Más de 1 año Si usted elige de esta caja PASE A LA SECCIÓN B EN LA SIGUIENTE PAGINA
<input type="radio"/> Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes.	<input type="radio"/> 3 a 5 meses	
Si usted elige de esta caja PASE A LA SECCIÓN A EN LA SIGUIENTE PAGINA	<input type="radio"/> 6 meses a 1 año	

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

--	--	--	--

Subunit




SECCIÓN A - UN AÑO O MENOS

Por favor responda preguntas # 6 a 11 si su hijo(a) a estado recibiendo servicios de salud mental por UN AÑO o MENOS. Si su hijo(a) a estado recibiendo servicios de salud mental por "MAS DE UN AÑO" pase a la pregunta #12.

6. ¿Ha sido su hijo(a) arrestado(a) desde que empezó a recibir servicios de salud mental? Sí No
7. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
8. Desde que su hijo(a) 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 llevado a un albergue o programa de crisis)
 - Mantenido igual
 - Incrementado
 - No aplica (No a tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado)
9. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela desde que empezó a recibir servicios? Sí No
10. ¿Durante los pasados 12 meses, antes de recibir servicios fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela? Sí No
11. Desde que mi hijo(a) empezó a recibir servicio de salud mental, el número de días que el/ella ha estado asistiendo a la escuela a:
- Aumentado Seguido igual Disminuido No aplica (**Por favor escoja la razón por la cual esta pregunta no aplica**)
- Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
 - Mi hijo(a) es muy joven para asistir a la escuela
 - Mi hijo(a) fue expulsado(a) de la escuela
 - Mi hijo(a) fue instruido en casa, no atendió una escuela pública
 - Mi hijo(a) dejo de asistir a la escuela
 - Otra razón: _____

A

PASE, a la pregunta #18 en la siguiente página 

SECCIÓN B - POR MAS DE UN AÑO

Por favor responda preguntas # 12 a 17 nada más si su hijo(a) a estado recibiendo servicios de salud mental por MAS DE UN AÑO.

12. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los pasados 12 meses? Sí No
13. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los 12 meses antepasados? Sí No
14. Durante el ultimo año, los encuentros de su hijo(a) con la policía han:
- Disminuido (por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, 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)
15. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los pasados 12 meses? Sí No
16. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los 12 meses antepasados? Sí No
17. Durante el año pasado, el número de días que su hijo(a) a estado asistiendo a la escuela a:
- Aumentado Seguido igual Disminuido No aplica (**Por favor escoja la razón por la cual esta pregunta no aplica**)
- Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
 - Mi hijo(a) es muy joven para asistir a la escuela
 - Mi hijo(a) fue expulsado(a) de la escuela
 - Mi hijo(a) fue instruido en casa, no atendió una escuela pública
 - Mi hijo(a) dejo de asistir a la escuela
 - Otra razón: _____

B

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Version 05/2023

Página 3 de 7

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

Subunit

32605



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos de a saber un poco más sobre su hijo(a).

18. ¿Cuál es el sexo de su **hijo(a)**? Femenino Masculino Otro
19. ¿Es alguno de los padres de esté(a) **joven** de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No sé
20. ¿Cuál es la raza de esté(a) **joven**? (**Por favor marque todas las respuestas que apliquen.**)
- Indio Americano / Nativo de Alaska Nativo de Hawai / De otras Islas del Pacífico Raza desconocida
- Asiático Anglosajón / Blanco
- Afro-Americano / Negro Otra raza _____

21. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) **joven**? (Escriba dentro de las cajas y rellene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es abril 30 de 1997

1. Escriba la fecha de nacimiento →

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1997

2. Rellene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	●	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

22. ¿Tiene su hijo(a) seguro de Medi-Cal (Medicaid)? Sí No

23. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el idioma que ustedes prefirieron? Sí No

24. ¿Hubo información escrita disponible para su hijo(a) en el idioma que ustedes prefirieron (por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental)? Sí No

25. Por favor identifique quién le ayudó a contestar cualquier parte de esta encuesta (**Marque todas las respuestas que apliquen**):

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No necesité ayuda. | <input type="radio"/> Un entrevistador profesional me ayudó. |
| <input type="radio"/> Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. | <input type="radio"/> El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó. |
| <input type="radio"/> Otro usuario de servicios de salud mental me ayudó. | <input type="radio"/> Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó. |
| <input type="radio"/> Un miembro de mi familia me ayudó. | <input type="radio"/> Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____ |

!Gracias por tomar el tiempo para responder estas preguntas!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

REQUIRED Information:

Date of Survey Administration

0 5 - □□ - 2 0 2 3

Subunit

□□□□

Reason for Non-Completion (if applicable):

- Refused
- Impaired (Cognitive, Mental, Physical or Medical Impairment)
- Language (Not available in client's language)
- No Show (Parent / Caregiver did not show up for scheduled visit)
- Caregiver Unavailable (e.g. Child lives in group home or receiving facility)
- New Client: First Visit
- 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



Esta sección de la encuesta contiene preguntas sobre la salud mental de su hijo/a y sus experiencias con distintos tipos de terapia.

1. ¿Cómo está actualmente la salud mental de su hijo/a?

- Muy bien Bien Justa Mal Muy mal

2. ¿Sabe lo que es terapia de grupo? Sí (Pase a la pregunta #2.1) No (Pase a la pregunta #3)

2.1 ¿Ha participado alguna vez su hijo/a en terapia de grupo? Sí No

3. ¿Está abierto a que su hijo/a reciba terapia de grupo en lugar de terapia individual?

- Sí (Pase a la pregunta #4) No (Pase a la pregunta #3.1)

3.1 ¿Por qué NO quisiera que su hijo/a recibiera terapia de grupo en lugar de terapia individual? **Por favor, marque todo lo que aplique.**

- Mi hijo/a estaría nervioso/a o ansioso/a hablando delante de los demás
 Me preocupa la confidencialidad de mi hijo/a
 Prefiero que mi hijo/a tenga sesiones individuales
 Me preocupan las dificultades de horarios para mi hijo/a
 No creo que sea tan efectivo para mi hijo/a
 Otra razón (Por favor, describa)

4. ¿Está abierto a que su hijo/a reciba terapia de grupo además de terapia individual?

- Sí (Pase a la pregunta #5) No (Pase a la pregunta #4.1)

4.1 ¿Por qué NO quisiera que su hijo/a recibiera terapia de grupo además de terapia individual? **Por favor, marque todo lo que aplique.**

- Mi hijo/a estaría nervioso/a o ansioso/a hablando delante de los demás
 Me preocupa la confidencialidad de mi hijo/a
 Prefiero que mi hijo/a tenga sesiones individuales
 Me preocupan las dificultades de horarios para mi hijo/a
 No creo que sea tan efectivo para mi hijo/a
 Otra razón (Por favor, describa)

5. Me sentiría más cómodo/a con que mi hijo/a recibiera terapia de grupo si los grupos lo fueran:

Por favor, marque todo lo que aplique.

- Con grupos pequeños Si los grupos se mantuvieran confidenciales
 Con grupos del mismo género Si la participación le diera a mi hijo/a un crédito electivo en la escuela
 Con grupos de la misma orientación sexual Si supiera que la terapia de grupo fuera efectivo
 Con desconocidos en lugar de con compañeros Otra razón (Por favor, describa)
 Con compañeros en lugar de extraños

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

CSI County Client Number

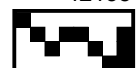
Must be entered on EVERY page

Subunit

--	--	--	--

Version 05/2023

42138



6. ¿Cuál es su forma preferida de que su hijo/a reciba terapia?

Por favor, clasifique las opciones de la primera a la última (1ª opción=1, 2ª opción=2...última opción=7).

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Individual - En persona | <input type="checkbox"/> | Grupo - En persona |
| <input type="checkbox"/> | Individual - En línea | <input type="checkbox"/> | Grupo - En línea |
| <input type="checkbox"/> | Individual - Híbrido | <input type="checkbox"/> | Grupo - Híbrido |
| | | <input type="checkbox"/> | Otra opción
<i>(Por favor, describa)</i> |

La siguiente sección pregunta sobre sus experiencias con los proveedores de servicios de salud mental. Sus respuestas son anónimas y no serán compartidas con el proveedor de servicios de salud mental de su hijo/a.

Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo
----------------------------	------------	-------------	---------------	-------------------------------

EQUIDAD EN SALUD

7. Mi hijo/a es tratado con menos cortesía o respeto que otros clientes de este programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mi hijo/a recibe peor tratamiento o servicios que otros clientes en este programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento más cómodo/a si el proveedor de salud mental de mi hijo/a tiene un origen racial/étnico como el suyo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento más cómodo/a si el proveedor de servicios de salud mental de mi hijo/a es del mismo género que mi hijo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento más cómodo/a si el proveedor de servicios de salud mental de mi hijo/a tiene la misma orientación sexual que mi hijo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El origen racial/étnico del proveedor de salud mental de mi hijo/a es como el suyo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El género del proveedor de salud mental de mi hijo/a es como el suyo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. La orientación sexual del proveedor de salud mental de mi hijo/a es como el suyo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

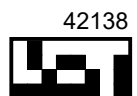
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Subunit

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Version 05/2023



Para mejorar la calidad del servicio, los comentarios de esta página se compartirán con el programa después que **toda información identificable sea excluida** para que sus comentarios sean anónimos.

1. ¿Que ha sido lo que más le ha ayudado de los servicios que usted y su hijo(a) recibió durante **los pasados 6 meses**?

--

2. ¿Que podríamos hacer para mejorar los servicios que ofrecemos aquí?

--

3. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio, o si es necesario detrás de esta página.
Estamos interesados en escuchar sus comentarios, ya sean positivos o negativos.

--

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Subunit

--	--	--	--

Version 05/2023

43579

