

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 rellene completamente el círculo que corresponda con su opinión sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗

Por favor responda las siguientes preguntas basándose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que usted 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 usted 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, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mí durante el proceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuando tenía preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	<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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 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"/>
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	<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 respetó 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 que 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 recibí:

16. Es más fácil para mí 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"/>
17. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. 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"/>
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo me sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Soy más capaz de hacer cosas que deseo 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 #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 recibí:

	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 gente con la cual me siento cómodo(a) para platicarles sobre mis problemas.	<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 usted se encuentra.

1. ¿Durante los pasados 6 meses, a vivido usted en alguno de los siguientes lugares?

(POR FAVOR MARQUE TODOS LOS LUGARES QUE APLIQUEN)

- Con uno o ambos padres
- Con algún familiar
- En un hogar temporal (foster home)
- En un hogar temporal teurapectico (therapeutic foster home)
- Albergue de crisis (crisis shelter)
- Albergue temporal para personas sin hogar (homeless shelter)
- En una casa hogar (group home)
- En un centro de tratamiento residencial
- En un hospital
- En una cárcel local o centro de detención
- Centro correccional estatal
- Me fui de mi casa/no tengo donde vivir/vivo en la calle
- En otro lugar (describallo): _____

2. ¿Durante el año pasado, visito usted 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

3. ¿Esta usted tomando medicamentos para controlar problemas emocionales/o de comportamiento? Sí No

3a. ¿Sí esta tomando medicamentos, le informo su doctor(a) o enfermera sobre los efectos secundarios que usted podría experimentar? Sí No

4. ¿Aproximadamente, ¿cuanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí? **(Por favor marque solo una respuesta)**

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

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

--	--	--	--

Subunit




SECCIÓN A - UN AÑO O MENOS

SPANISH
Youth Survey

Por favor responda preguntas # 5 a 10 si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por UN AÑO O MENOS. Si usted a estado recibiendo servicios de salud mental por "MAS DE UN AÑO", pase a la pregunta # 11.

5. ¿Ha sido usted arrestado desde que empezó a recibir servicios de salud mental? Sí No
6. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
7. 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)
8. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela desde que empezó a recibir servicios? Sí No
9. ¿Durante los pasados 12 meses, antes de recibir servicios fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela? Sí No
10. Desde que empezó usted a recibir servicio de salud mental, el número de días que usted 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**)
 - Yo no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
 - Fui expulsado(a) de la escuela
 - Fui instruido en casa, no atendí una escuela pública
 - Deje de asistir a la escuela
 - Otra razón: _____

PASE a la pregunta #17 en la siguiente pagina 

SECCIÓN B - POR MAS DE UN AÑO

Por favor responda preguntas # 11 a 16 nada más si usted a estado recibiendo servicios de salud mental POR MAS DE UN AÑO.

11. ¿Durante los pasados 12 meses, a sido usted arrestado(a)? Sí No
12. ¿Fue usted arrestado(a) durante los 12 meses antepasados? Sí No
13. Durante el último año, 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)
14. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los pasados 12 meses? Sí No
15. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los 12 meses antepasados? Sí No
16. Durante el año pasado, el número de días que usted 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**)
 - Yo no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
 - Fui expulsado(a) de la escuela
 - Fui instruido en casa, no atendí una escuela pública
 - Deje de asistir a la escuela
 - Otra razón: _____

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Version 05/2023

Página 3 de 8

--	--	--	--

Subunit

55348



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

17. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
18. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No sé
19. ¿Cuál es su raza? **(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 _____
20. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?(Escriba dentro de los cuadros y rellene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es abril 30 de 1997

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Rellene los círculos que corresponden

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

21. ¿Tiene usted seguro de Medi-Cal (Medicaid)? Sí No
22. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el idioma que usted prefirió? Sí No
23. ¿Hubo información escrita disponible para usted en el idioma que usted prefirió (por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental)? Sí No
24. Por favor identifique quién le ayudó a contestar cualquier parte de esta encuesta **(Marque todas las respuestas que apliquen):**
- No necesité ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Otro usuario de servicios de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó. 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 (Client did not show up for their scheduled visit)
- Youth Unavailable
- 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 tu salud mental y tus experiencias con diferentes tipos de terapia.

1. ¿Cómo está tu salud mental actualmente?

- Muy bien Bien Justa Mal Muy mal

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

2.1 ¿Has participado alguna vez en grupo de terapia? Sí No

3. ¿Estás abierto a recibir terapia de grupo en lugar de terapia individual?

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

3.1 ¿Por qué **NO** quisieras recibir terapia de grupo en lugar de terapia individual?
Por favor, marca todo lo que aplique.

- Nervioso o ansioso de hablar delante de los demás
- Preocupación por la confidencialidad
- Prefiero sesiones individuales
- Dificultades de los horarios
- No creo que sea tan efectivo
- Otra razón (Por favor, descríbelo)

4. ¿Estás abierto a recibir terapia de grupo además de terapia individual?

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

4.1 ¿Por qué **NO** quisieras recibir terapia de grupo además de terapia individual?
Por favor, marca todo lo que aplique.

- Nervioso o ansioso de hablar delante de los demás
- Preocupación por la confidencialidad
- Prefiero sesiones individuales
- Dificultades de los horarios
- No creo que sea tan efectivo
- Otra razón (Por favor, descríbelo)

5. Me sentiría más cómodo/a recibiendo terapia de grupo si los grupos lo fueran:

Por favor, marca todo lo que aplique.

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

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Subunit

--	--	--	--

Version 05/2023

43183



6. ¿Cuál es tu forma preferida de recibir terapia?

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

Individual - En persona

Grupo - En persona

Individual - En línea

Grupo - En línea

Individual - Híbrido

Grupo - Híbrido

Otra opción

(Por favor, descríbelo)

En la siguiente sección pregunta sobre tu orientación sexual e identidad de género. Tus respuestas son anónimas y no se compartirán con tu familia ni con tu proveedor de salud mental.

ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

7. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu orientación sexual?

- Heterosexual
- Gay o Lesbiana
- Bisexual
- Yo describo mi orientación sexual de otra manera
- No estoy seguro/a de mi orientación sexual
- No sé qué es lo que pide esta pregunta

SEXO ASIGNADO AL NACER

8. ¿Qué sexo se te asignó al nacer, en tu certificado de nacimiento original?

- Masculino
- Femenino
- No sé qué es lo que pide esta pregunta

IDENTIDAD DE GÉNERO ACTUAL

9. ¿Cómo te describes a ti mismo?

- Masculino
- Femenino
- Transgénero
- No binario
- Otro: _____
- No sé qué es lo que pide esta pregunta

Si tu orientación sexual es heterosexual y tú te describes como hombre o mujer, **POR FAVOR PASA A LA PREGUNTA #10.**

Si tu orientación sexual es gay o lesbiana, bisexual, cuestionándose, o describes tu orientación sexual de alguna otra manera y/o describes tu identidad de género como transgénero, no binario u otro, **POR FAVOR CONTINÚA CON LA PREGUNTA #9.1.**

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

Subunit

--	--	--	--

Version 05/2023

43183



9.1 ¿Te resultaría útil alguno de los siguientes servicios? **Por favor, marca todo lo que aplique.**

- Grupos de apoyo para jóvenes que se identifican como LGBTQ
- Terapia de grupo con otros jóvenes que se identifican como LGBTQ
- Terapia familiar
- Otro: _____

9.2 ¿Te ha preguntado alguna vez tu **actual** proveedor de salud mental sobre tu orientación sexual? Sí No

9.3 ¿Te ha preguntado alguna vez tu proveedor de salud mental **actual** sobre tu identidad de género? Sí No

9.4 ¿Crees que tu **actual** proveedor de servicios de salud mental es respetuoso con el colectivo LGBTQ? Sí No

9.5 ¿Tu **actual** proveedor de servicios de salud mental ha hablado contigo sobre los retos que has tenido que afrontar debido a tu identidad LGBTQ (p. ej., retos con tu familia, amigos, acoso, etc.)? Sí No

9.6 ¿Tu **actual** proveedor de salud mental ha compartido alguna vez información sobre los recursos o apoyos disponibles para los jóvenes que se identifican como LGBTQ (p. ej., grupos de apoyo, sitios web, referencias a proveedores que se muestran favorables al colectivo LGBTQ)? Sí No

9.7 ¿Has utilizado algún recurso en línea para encontrar servicios o apoyo LGBTQ? Sí No

9.7a Si la respuesta es sí, ¿has utilizado la página de recursos LGBTQ de San Diego *It's Up to Us*? Sí No

La siguiente sección pregunta sobre tus experiencias con los proveedores de servicios de salud mental.

Tus respuestas son anónimas y no serán compartidas con tu familia o tu proveedor de servicios de salud mental.

EQUIDAD EN SALUD

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

10. Me tratan con menos cortesía o respeto que a otros clientes de este programa.

11. Recibo peor tratamiento o servicios que otros clientes en este programa.

12. Me siento más cómodo/a con un proveedor de salud mental tiene un origen racial/étnico como el mío.

13. Me siento más cómodo/a con un proveedor de salud mental cuyo género es como el mío.

14. Me siento más cómodo/a con un proveedor de salud mental cuya orientación sexual sea como la mía.

15. El origen racial/étnico de mi proveedor de salud mental es como el mío. Sí No No lo sé

16. El género de mi proveedor de salud mental es como el mío. Sí No No lo sé

17. La orientación sexual de mi proveedor de salud mental es como la mía. Sí No No lo sé

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Subunit

--	--	--	--

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 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

26138

