



- 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 responda las siguientes preguntas basándose en los **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(a), 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, seleccione "**No aplica**" para indicar que está declaración no le aplica a su hijo(a).

- Por favor rellene completamente el círculo. Correcto ● Incorrecto ⊖ ⊗ ✓

	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 tenía 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 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 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"/>

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 familia recibió:

23. Conozco a gente que me escucha y entiende cuando necesito hablar con alguien.	<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"/>					
25. En caso de una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	<input type="radio"/>					
Tengo personas con las cuales puedo hacer cosas agradables y que disfruto.	<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

--	--	--	--

Subunit
 Version 05/2024

8765



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 selecciona todas las que apliquen

<input type="radio"/> Con uno o ambos padres	<input type="radio"/> En un hospital
<input type="radio"/> Con algún familiar	<input type="radio"/> En una cárcel local o centro de detención
<input type="radio"/> En un hogar temporal (foster home)	<input type="radio"/> Centro correccional estatal
<input type="radio"/> En un hogar temporal teurapectico (therapeutic foster home)	<input type="radio"/> Se fue de la casa/no tiene donde vivir/vive en la calle
<input type="radio"/> Albergue de crisis (crisis shelter)	<input type="radio"/> Otro
<input type="radio"/> Albergue temporal para personas sin hogar (homeless shelter)	
<input type="radio"/> En una casa hogar (group home)	
<input type="radio"/> En un centro de tratamiento residencial	
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)?
 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. ¿Si 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?

<input type="radio"/> Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí.	<input type="radio"/> 1 a 2 meses
<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
	<input type="radio"/> 6 meses a 1 año
	<input type="radio"/> Mas de un año

Por favor responda preguntas # 6 a 11 si su hijo(a) a estado recibiendo servicios de salud mental por UN AÑO O MENOS	Por favor responda preguntas # 12 a 17 si su hijo(a) a estado recibiendo servicios de salud mental por MAS DE UN AÑO
<ol style="list-style-type: none"> 6. ¿Ha sido su hijo(a) arrestado(a) desde que empezó a recibir servicios de salud mental? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 7. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los 12 meses antes de recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 8. Desde que su hijo(a) empezó a recibir servicios de salud mental, sus encuentros con la policía han... <input type="radio"/> Disminuido <i>Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha llevado a un albergue o programa de crisis</i> <input type="radio"/> Mantenido igual <input type="radio"/> Incrementado <input type="radio"/> No Aplica <i>No a tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado</i> 9. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela desde que empezó a recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 10. ¿Durante los pasados 12 meses, antes de recibir servicios fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Seguido igual <input type="radio"/> Disminuido <input type="radio"/> No aplica → <i>Por favor seleccione el por qué no aplica</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia el la escuela antes de empezar los servicios de salud mental <input type="radio"/> Mi hijo(a) es muy joven para asistir a la escuela <input type="radio"/> Mi hijo(a) fue expulsado(a) de la escuela <input type="radio"/> Mi hijo(a) fue instruido en casa, no atendió una escuela pública <input type="radio"/> Mi hijo(a) dejo de asistir a la escuela <input type="radio"/> Otro 	<ol style="list-style-type: none"> 12. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los pasados 12 meses? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 13. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los 12 meses antes de recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 14. Durante el ultimo año, los encuentros de su hijo(a) con la policía han... <input type="radio"/> Disminuido <i>Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha llevado a un albergue o programa de crisis</i> <input type="radio"/> Mantenido igual <input type="radio"/> Incrementado <input type="radio"/> No Aplica <i>No a tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado</i> 15. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los pasados 12 meses? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 16. ¿Durante los pasados 12 meses, antes de recibir servicios fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 17. Durante el año pasado, el número de días que su hijo(a) a estado asistiendo a la escuela a: <input type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Seguido igual <input type="radio"/> Disminuido <input type="radio"/> No aplica → <i>Por favor seleccione el por qué no aplica</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia el la escuela antes de empezar los servicios de salud mental <input type="radio"/> Mi hijo(a) es muy joven para asistir a la escuela <input type="radio"/> Mi hijo(a) fue expulsado(a) de la escuela <input type="radio"/> Mi hijo(a) fue instruido en casa, no atendió una escuela pública <input type="radio"/> Mi hijo(a) dejo de asistir a la escuela <input type="radio"/> Otro

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

CSI County Client Number
 Must be entered on EVERY page

--	--	--	--

Subunit
 Version 05/2024



8765

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

18. ¿Cuál es el género de su hijo(a)?
Por favor selecciona todas las que apliquen
- Masculino
 Femenino
 No-binario
 Transgénero: Femenino a Masculino
 Transgénero: Masculino a Femenino
 Otra identidad de género
19. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No Desconocida
20. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven?
Por favor selecciona todas las que apliquen
- Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Afro-Americano/Negro
 Nativo de Hawai/De otras Islas del Pacífico
 Anglosajón/Blanco
 Otra raza
 Desconocida
21. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven?
- mes día año
 - -
22. ¿Tiene su hijo(a) seguro de Medi-Cal (Medicaid)? Sí No
23. ¿Se proporcionaron los documentos escritos y/o los servicios que recibió su hijo en el idioma de su preferencia?
por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental Sí No

24. Ahora pensando acerca de todos los servicios que recibió su hijo, ¿qué tanto fue por medio de la telemedicina?
por teléfono o videoconferencia

Ninguno Muy poco Aproximadamente la mitad Casi todos Todos

25. ¿Qué tan útiles fueron las visitas de telemedicina comparadas con las visitas tradicionales en persona para su hijo?
 Mucho peor Un poco peor Casi lo mismo Un poco mejor Mucho mejor No Aplica

26. Prefería recibir más del tratamiento de salud mental de mi hijo en este programa por telemedicina.
 Definitivamente en desacuerdo En desacuerdo Estoy neutral De acuerdo Definitivamente de acuerdo
 No Aplica




¡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	4
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

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

8765



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

1. ¿Sabe lo que es terapia de grupo? Sí (Pase a la pregunta #1.1) No (Pase a la pregunta #2)

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

2. ¿Está abierto a que su hijo/a reciba terapia de grupo EN LUGAR DE terapia individual?

Sí (Pase a la pregunta #3) No (Pase a la pregunta #2.1)

2.1 ¿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)

3. ¿Está abierto a que su hijo/a reciba terapia de grupo ADEMÁS 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 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)

4. 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
- 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 le diera a mi hijo/a un crédito electivo en la escuela
- Si supiera que la terapia de grupo fuera efectivo
- Otra razón (Por favor, describa)

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

Subunit

--	--	--	--

Version 05/2024

18491



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

Por favor, clasifique las opciones de la primera a la séptima, siendo 1 su opción preferida y 7 su opción menos preferida. (1ª opción=1, 2ª opción=2, 3ª opción=3, 4ª opción=4, 5ª opción=5, 6ª opción=6, 7ª opción=7).

- Individual - En persona
- Individual - En línea
- Individual - Híbrido
- Grupo - En persona
- Grupo - En línea
- Grupo - Híbrido
- Otra opción
(Por favor, describa) _____

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.

EQUIDAD EN SALUD

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

- | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------|
| 6. Mi hijo/a es tratado con menos cortesía o respeto que otros clientes de este programa. | <input type="radio"/> | |
| 7. Mi hijo/a recibe peor tratamiento o servicios que otros clientes en este programa. | <input type="radio"/> | |
| 8. 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"/> | |
| 9. 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"/> | |
| 10. 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"/> | |
| 11. El origen racial/étnico del proveedor de salud mental de mi hijo/a es como el suyo. | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | No lo sé |
| 12. El género del proveedor de salud mental de mi hijo/a es como el suyo. | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | No lo sé |
| 13. La orientación sexual del proveedor de salud mental de mi hijo/a es como el suyo. | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | No lo sé |

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

14. Clasifique cuáles cree que deberían ser **las 3 principales prioridades** de salud mental en su comunidad.
Escriba un "1" en el cuadro junto a la prioridad más alta, un "2" en la segunda prioridad más alta y un "3" en la tercera prioridad más alta. **Clasifique únicamente las 3 prioridades principales.**

- Costo de los servicios
- Largos tiempos de espera para programar citas
- Transporte a los servicios
- Abordar el estigma
- Falta de conocimiento de las opciones/recursos de atención
- Inseguridad habitacional/económica
- Barreras de idioma
- No hay suficientes proveedores
- No hay suficientes proveedores diversos
- Abuso de sustancias y adicción
- Salud mental juvenil y uso de sustancias
- Otro problema (*por favor especifique*):

15. ¿Cómo preferiría que el liderazgo del Condado de San Diego (o BHS) comunicara los mejoramientos de servicio a la comunidad?
Marque todas las respuestas que apliquen.

- Reuniones publicas
- Folletos
- Medios de comunicación social
- Asociaciones con organizaciones comunitarias
- Actualizaciones del sitio web
- Comunicados de prensa
- Eventos comunitarios
- Boletin informativo
- Correo directo
- Señalización
- Materiales multilingües
- Reuniones comunitarias

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

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) han recibió durante los pasados 6 meses?
¿Que podríamos hacer para mejorar los servicios que ofrecemos aquí? 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

--	--	--	--

