



- 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** 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(a), De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. 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 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 directo 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"/>

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 directo de los servicios que recibí

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"/>

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

49953



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 selecciona todas las que apliquen
 - Con uno o ambos padres
 - En un hospital
 - Con algún familiar
 - En una cárcel local o centro de detención
 - En un hogar temporal (foster home)
 - Centro correccional estatal
 - En un hogar temporal teurapeutico (therapeutic foster home)
 - Me fui de mi casa/no tengo donde vivir/vivo en la calle
 - Albergue de crisis (crisis shelter)
 - Otro
 - Albergue temporal para personas sin hogar (homeless shelter)
 -
 - En una casa hogar (group home)
 -
 - En un centro de tratamiento residencial
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)?
 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?
 - Está es mi primera visita aquí.
 - 1 a 2 meses
 - He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
 - 3 a 5 meses
 - 6 meses a 1 año
 - Mas de un año

Por favor responda preguntas # 5 a 10, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por

UN AÑO O MENOS

Por favor responda preguntas # 11 a 16, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios de salud mental por

MAS DE UN AÑO

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 seleccione el por qué 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
 Otro

11. ¿Fue usted arrestado durante los pasados 12 meses? Sí No
12. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
13. 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
14. ¿Fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los pasados 12 meses? Sí No
15. ¿Durante los pasados 12 meses, antes de recibir servicios fue usted expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela? 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 seleccione el por qué 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
 Otro

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

CSI County Client Number
 Must be entered on EVERY page

--	--	--	--

Subunit
Version 05/2024

49953


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

17. ¿Cuál es su género?
Por favor selecciona todas las que apliquen
18. Te consideras a ti mismo como:
Por favor selecciona todas las que apliquen
19. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?
20. ¿Cuál es su raza?
Por favor selecciona todas las que apliquen
21. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
22. ¿Tiene usted seguro de Medi-Cal (Medicaid)?
23. ¿Se proporcionaron los documentos escritos y/o los servicios que recibió en el idioma de su preferencia?
por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental

24. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿cuántos fueron por telesalud?
by telephone or video-conferencing

25. ¿Qué tan útiles fueron tus visitas de telesalud en comparación con las visitas tradicionales en persona?

26. Preferiría recibir más de mi tratamiento de salud mental en este programa por telemedicina.




¡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 (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. ¿Sabes lo que es terapia de grupo? Sí (Pasa a la pregunta #1.1) No (Pasa a la pregunta #2)
- 1.1 ¿Has participado alguna vez en grupo de terapia? Sí No

2. ¿Estás abierto a recibir terapia de grupo EN LUGAR DE terapia individual?
- Sí (Pasa a la pregunta #3) No (Pasa a la pregunta #2.1)

2.1 ¿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)

3. ¿Estás abierto a recibir terapia de grupo ADEMÁS 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 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)

4. 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 05/2024

47517



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

Por favor, clasifica las opciones de la primera a la séptima, siendo 1 tu opción preferida y 7 tu 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, descríbelo)

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

6. Me tratan con menos cortesía o respeto que a otros clientes de este programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Recibo 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"/>
8. Me siento más cómodo/a con un proveedor de salud mental que tiene un origen racial/étnico como el mío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento más cómodo/a con un proveedor de salud mental cuyo género es como el mío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento más cómodo/a con un proveedor de salud mental cuya orientación sexual sea como la mía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. El origen racial/étnico de mi proveedor de salud mental es como el mío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> No lo sé
12. El género de mi proveedor de salud mental es como el mío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> No lo sé
13. La orientación sexual de mi proveedor de salud mental es como la mía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> No lo sé

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

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 recibió durante los pasados 6 meses? ¿Que podríamos hacer para mejorar los servicios que ofrecemos aquí? Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio. Estamos interesados en escuchar sus comentarios, ya sean positivos o negativos.

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Subunit

--	--	--	--

Version 05/2024

37101

