

- Por favor, ayude a nuestra agencia a mejorar nuestros servicios contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y no afectarán los servicios que usted o su hijo/a reciben o recibirán en el futuro. En cada uno de los apartados de la encuesta que figuran a continuación, rellene el círculo que corresponda a su elección.
- Por favor responda las siguientes preguntas basándose en los **ÚLTIMOS 6 MESES**. Si su hijo(a) no ha recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que ha 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 o su hijo(a) no ha experimentado, seleccione "No aplica" para indicar que esta declaración no aplica para 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, estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) ha recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 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. Ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi 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 se quedaron con nosotros sin importar lo que pasara.	<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 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. Participo 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/o 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 ubicación de los servicios fue 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 disponibles en 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 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 toda 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 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 mi hijo(a) y/o 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 yendo 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 este 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 sus relaciones con otras personas que no sean su proveedor(es) de salud mental.

Como resultado de los servicios que mi hijo(a) y/o familia recibió:

23. Conozco a personas que me escuchan y me entienden 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 que me siento cómodo/a hablando 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, 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 que puedo hacer cosas 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

SmartCare Program ID

--	--	--	--

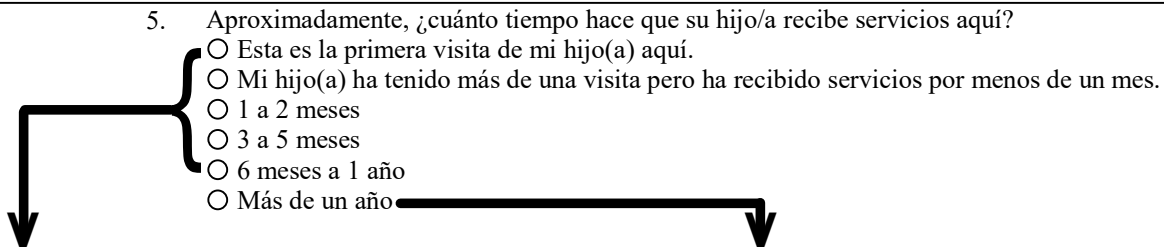
Version 05/2026

61624



Por favor, responda las siguientes preguntas para informarnos cómo le está yendo a su hijo/a.

1. ¿Actualmente, está viviendo con usted su hijo(a) ? Sí No
2. ¿Durante los pasados 6 meses, su hijo(a) ha vivido en alguno de los siguientes lugares?
Por favor selecciona todas las que apliquen
 - Con uno o ambos padres
 - En un hospital
 - Con otro miembro de la familia
 - En una cárcel local o centro de detención
 - En un hogar temporal
 - Centro correccional estatal
 - En un hogar temporal teurapectico
 - Se fue de la casa/no tiene donde vivir/vive en la calle
 - Albergue de crisis
 - Otro
 - Albergue temporal para personas sin hogar
3. ¿Durante el año pasado, su hijo(a) visitó a un doctor(a)/médico o enfermera para un chequeo de salud o porque se sintió enfermo(a)?
 Sí, en una clínica o oficina Sí, pero solamente en el hospital o la sala de emergencia No No recuerdo
4. Su hijo(a) toma medicamentos para controlar problemas emocionales o de comportamiento? Sí No
 4a. *Si está tomando medicamentos, ¿le informó su doctor(a) o enfermera sobre los efectos secundarios que su hijo(a) podría experimentar?* Sí No



Por favor, responda a las preguntas # 6 a 11 si su hijo/a ha estado recibiendo servicios de salud mental para **UN AÑO O MENOS**

Por favor responda preguntas # 12 a 17 si su hijo(a) ha estado recibiendo servicios de salud mental por **MÁS 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. ¿Su hijo(a) fue 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, llevado a un albergue o programa de crisis</i>
 <input type="radio"/> Mantenido igual
 <input type="radio"/> Aumentado
 <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. ¿Fue su hijo/a expulsado/a o suspendido/a de la escuela durante los 12 meses antes de recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 11. Desde que mi hijo/a empezó a recibir los servicios, el número de días que mi hijo/a fue a la escuela es:
 <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>
 <input type="radio"/> Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios
 <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
 <input type="radio"/> Mi hijo(a) dejó 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. ¿Su hijo(a) fue 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, llevado a un albergue o programa de crisis</i>
 <input type="radio"/> Mantenido igual
 <input type="radio"/> Aumentado
 <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. ¿Fue su hijo/a expulsado/a o suspendido/a de la escuela durante los 12 meses antes de recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 17. Durante el año pasado, el número de días que mi hijo/a fue a la escuela es:
 <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>
 <input type="radio"/> Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios
 <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
 <input type="radio"/> Mi hijo(a) dejó de asistir a la escuela
 <input type="radio"/> Otro |
|---|--|

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

SmartCare Program ID

--	--	--	--

Version 05/2026

61624



1. ¿Cuál es el género de su hijo(a)? Masculino Transgénero: Femenino a Masculino
Por favor selecciona todas las que apliquen Femenino Transgénero: Masculino a Femenino
 No-binario Otra identidad de género

Estas preguntas se hacen para comprender mejor las experiencias de los niños y las familias en nuestro sistema de servicios. Sus respuestas honestas nos ayudarán a mejorar nuestros programas y asegurarnos de que estamos satisfaciendo las necesidades de los niños, jóvenes y familias. No hay respuestas correctas o incorrectas.

EQUIDAD EN SALUD

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

2. Mi hijo/a es tratado con menos cortesía o respeto que otros clientes de este programa.
- 2a. Si siente que su hijo/a es tratado/a con menos cortesía o respeto (de acuerdo o definitivamente de acuerdo), por favor explique qué le llevó a sentirse así o comparta un ejemplo.

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

3. Mi hijo/a recibe peor tratamiento o servicios que otros clientes en este programa.
- 3a. Si siente que su hijo/a está recibiendo peor tratamiento o servicios (de acuerdo o definitivamente de acuerdo), ¿podría describir qué ha observado o qué le ha hecho sentir así?

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

4. Me siento más cómodo/a si el proveedor de salud mental de mi hijo/a tiene un origen racial/étnico como el suyo.
5. 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.
6. 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.

* CSI County Client Number

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

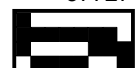
Must be entered on EVERY page

SmartCare Program ID

--	--	--	--

Version 05/2026

57727



Algunos programas de salud conductual cuentan con Especialistas en Apoyo Entre Pares (en inglés, Peer Support Specialists, abreviado PSS). Un PSS es una persona que ha enfrentado personalmente problemas de salud mental o de consumo de sustancias, o que tiene un familiar que los ha enfrentado, y que está especialmente capacitado/a para ayudar a otras personas. No son terapeutas; su función principal es utilizar su experiencia y capacitación para ayudar a clientes y familias a establecer objetivos y tener éxito en el tratamiento.

Los programas pueden utilizar otros nombres para esta función, como Especialista Entre Pares, Mentor Entre Pares, Coach de Recuperación Entre Pares, Especialista de Apoyo Familiar Entre Pares, Pareja Entre Pares o Promotores/Trabajadores Comunitarios de Salud.

En las siguientes preguntas, "Especialista en Apoyo Entre Pares" (en inglés, Peer Support Specialists, abreviado PSS) significa cualquiera en una de estas funciones (o una función similar) que le haya ayudado a usted o a su hijo/a utilizando su experiencia personal.

Sí	No	No lo sé
----	----	----------

7. Durante el cuidado de su hijo/a aquí, ¿ha tenido algún tipo de interacciones con un Especialista en Apoyo Entre Pares (en inglés, Peer Support Specialist, abreviado PSS)?
- Sí No No lo sé

Si respondió "Sí", por favor conteste las preguntas 8 y 9. Si respondió "No" o "No lo sé", por favor pase a la siguiente sección.

8. Por favor, responda "Sí" o "No" a los siguientes posible servicios. Si no está seguro acerca del servicio, responda "No lo sé".

Sí	No	No lo sé
----	----	----------

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Un PSS brindó asesoramiento o consejería. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Un PSS me ayudó a comprender qué recursos había disponibles para mi hijo/a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Un PSS me ayudó a llenar papeles. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Un PSS me ayudó a entender qué era lo que se pedía de mi hijo/a o de mí por parte del personal. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Un PSS sirvió como modelo a seguir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Un PSS asistió a juntas (por ejemplo, a juntas de IEP) conmigo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Un PSS me ayudó a monitorear el progreso del tratamiento de mi hijo/a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Un PSS me ayudó a navegar el sistema de servicios de salud mental. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. Un PSS proporcionó apoyo social o redujo sentimientos de aislamiento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j. Un PSS me ha ayudado a conseguir servicios adicionales para mi hijo/a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k. OTRO | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si ha respondido "Sí" a k. Por favor, describa el "otro" tipo de servicio que brindó el Especialista en Apoyo Entre Pares (en inglés, Peer Support Specialist, abreviado PSS).

9. Por favor, califica las siguientes afirmaciones utilizando las respuestas proporcionadas.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	N/A
--	-------------------------------	---------------	---------	------------	----------------------------	-----

- | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. El PSS me ayudó a creer que mi hijo/a podía mejor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. El PSS entendió mis experiencias. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Era más fácil hablar con el PSS que con otro personal de la clínica. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Era más fácil hablar con el PSS que con el terapeuta de mi hijo/a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. El PSS proporcionó pensamientos de ayuda y percepciones. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. El PSS hizo una diferencia 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"/> |
| g. El PSS me hizo sentir con mejor habilidad para ayudar a mi hijo/a. | <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

SmartCare Program ID

Version 05/2026

57727



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

SmartCare Program ID

--	--	--	--

Version 05/2026

4040

