

- Por favor, ayude a nuestra agencia a mejorar nuestros servicios contestando algunas preguntas. Sus respuestas son confidenciales y no influirán en los servicios que recibe o recibirá 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 usted 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 no a experimentado, seleccione "No Aplica" para indicar que esta declaración no aplica a usted.

	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.	● ○ ⊗ ✓	○	○	○	○	○	○
2. Ayudé a escoger mis servicios.		○	○	○	○	○	○
3. Ayudé a escoger las metas para mi tratamiento.		○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron se quedaron conmigo sin importar lo que pasara.		○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía con quien platicar cuando tenía preocupaciones.		○	○	○	○	○	○
6. Participé en mi propio tratamiento.		○	○	○	○	○	○
7. Los servicios que recibí fueron los apropiados para mí.		○	○	○	○	○	○
8. La ubicación de los servicios fue conveniente para mí.		○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles en horarios que eran convenientes para mí.		○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.		○	○	○	○	○	○
11. Recibí toda la ayuda que necesitaba.		○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respeto.		○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó mi religión y mis creencias espirituales.		○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma que pude entender.		○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.		○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:							
16. Manejo mejor la vida diaria.		○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.		○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.		○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.		○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi arreglármelas cuándo algo sale mal.		○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.		○	○	○	○	○	○
22. Soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.		○	○	○	○	○	○

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.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
23. Conozco a personas que me escuchan y me entienden cuando necesito hablar con alguien.	○	○	○	○	○	○
24. Tengo personas con las que me siento cómodo/a hablando sobre mis problemas.	○	○	○	○	○	○
25. En caso de una crisis, Tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	○	○	○	○	○	○
26. Tengo personas con las que puedo hacer cosas que disfruto.	○	○	○	○	○	○

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

39810



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber como se encuentra usted

1. ¿Durante los últimos 6 meses, ha vivido usted 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
 - Me fui de mi casa/no tengo donde vivir/vivo en la calle
 - Albergue de crisis
 - Otro
 - Albergue temporal para personas sin hogar
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 solamente en el hospital o la sala de emergencia No No recuerdo
3. ¿Esta usted tomando medicamentos para controlar problemas emocionales/o de comportamiento? Sí No
- 3a. *Si está tomando medicamentos, ¿le informó su doctor(a) o enfermera sobre los efectos secundarios que usted podría experimentar?* Sí No

4. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo hace que usted recibe servicios aquí?

- Esta es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de un año

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

UN AÑO O MENOS

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, llevado a un albergue o programa de crisis
 Mantenido igual
 Aumentado
 No Aplica
No ha 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. ¿Fue usted expulsado/a o suspendido/a de la escuela durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
10. Desde que empezó a recibir servicios de salud mental, el número de días que usted fue a la escuela es:
 Aumentado Seguido igual Disminuido
 No aplica → *Por favor seleccione el por qué no aplica*
 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
 Dejé de asistir a la escuela
 Otro

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

MÁS DE UN AÑO

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, llevado a un albergue o programa de crisis
 Mantenido igual
 Aumentado
 No Aplica
No ha 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 antes de recibir servicios? Sí No
16. Durante el año pasado, el número de días que usted fue a la escuela es:
 Aumentado Seguido igual Disminuido
 No aplica → *Por favor seleccione el por qué no aplica*
 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
 Dejé de asistir a la escuela
 Otro

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

SmartCare Program ID

--	--	--	--

Version 05/2026

39810



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

17. ¿Cuál es su sexo? Masculino Femenino
18. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No Desconocido
19. ¿Cuál es su raza?
Por favor selecciona todas las que apliquen
- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="radio"/> Caucásico/Blanco |
| <input type="radio"/> Asiático | <input type="radio"/> Otra raza |
| <input type="radio"/> Afro-Americano/Negro | <input type="radio"/> Desconocido |
| <input type="radio"/> Nativo de Hawaii/De otras Islas del Pacífico | |
20. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
- | | | | | | | | | | | |
|------------|--|---|------------|--|---|------------|--|--|--|--|
| <i>mes</i> | | - | <i>día</i> | | - | <i>año</i> | | | | |
|------------|--|---|------------|--|---|------------|--|--|--|--|
21. ¿Tiene usted seguro de Medi-Cal (Medicaid)? Sí No
22. ¿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 Sí No

23. Ahora pensando en los servicios que recibió, ¿cuántos fueron por telemedicina?
por teléfono o videoconferencia

Ninguno Muy poco Aproximadamente la mitad Casi todos Todos


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

Mucho peor Un poco peor Casi lo mismo Un poco mejor Mucho mejor No Aplica

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

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

No Aplica




¡Gracias por tomar el tiempo para contestar estas preguntas!

FOR OFFICE USE ONLY
REQUIRED Information:

Date of Survey Administration

0	5	-			-	2	0	2	6
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

SmartCare Program ID

--	--	--	--

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 (e.g., Juvenile Hall, hospitalization, AWOL)
- 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

39810



Algunos programas de salud conductual ofrecen Especialistas en Apoyo Entre Pares (en inglés, Peer Support Specialists, abreviado PSS). Un PSS es una persona con experiencia vivida de desafíos de salud mental o de consumo de sustancias que está especialmente capacitada para ayudar a otras personas.

Un PSS no es un terapeuta; su función principal es utilizar su experiencia para respaldar tu tratamiento y ayudarte a establecer metas. 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" o "PSS" (por sus siglas en inglés) significa cualquier persona en una de estas funciones que te ayudó usando su propia experiencia.

Sí	No	No lo sé
----	----	----------

8. Durante tu tratamiento, ¿te has reunido con un Especialista en Apoyo entre Pares (en inglés, Peer Support Specialists)?

Sí No No lo sé

Si la respuesta es "Sí", por favor, responde a las preguntas 9 y 10. Si la respuesta es "No" o "No lo sé", por favor, pasa a la siguiente sección.

9. Por favor, responde "Sí" o "No" a los siguientes posible servicios.
Si no estás seguro/a acerca del servicio, por favor, responde "No lo sé".

Sí	No	No lo sé
----	----	----------

- a. Un PSS brindó asesoramiento o consejería. Sí No No lo sé
- b. Un PSS me ayudó a comprender qué recursos había para mí. Sí No No lo sé
- c. Un PSS me ayudó a llenar papeles. Sí No No lo sé
- d. Un PSS me ayudó a entender que era lo que se me pedía por parte del personal. Sí No No lo sé
- e. Un PSS me sirvió de modelo a seguir. Sí No No lo sé
- f. Un PSS me ayudó establecer las metas para mi tratamiento. Sí No No lo sé
- g. Un PSS me ayudó a monitorear mi progreso del tratamiento (determinar si estaba mejorando). Sí No No lo sé
- h. Un PSS me ayudó a comprender el sistema de servicios de salud mental. Sí No No lo sé
- i. Un PSS brindo apoyo social o me ayudó a sentirme menos solo/a. Sí No No lo sé
- j. Un PSS me ha ayudado conseguir servicios adicionales. Sí No No lo sé
- k. OTRO Sí No No lo sé

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

10. 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 yo podía mejorar. Definitivamente en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Definitivamente de acuerdo N/A
- b. El PSS entendió mis experiencias. Definitivamente en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Definitivamente de acuerdo N/A
- c. Era más fácil hablar con el PSS que con otro personal de la clínica. Definitivamente en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Definitivamente de acuerdo N/A
- d. Era más fácil hablar con el PSS que con mi terapeuta. Definitivamente en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Definitivamente de acuerdo N/A
- e. El PSS proporcionó consejos útiles. Definitivamente en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Definitivamente de acuerdo N/A
- f. El PSS hizo una diferencia en mi tratamiento. Definitivamente en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Definitivamente de acuerdo N/A
- g. El PSS tuvo experiencias que fueron similares a mis propias. Definitivamente en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Definitivamente de acuerdo N/A

* CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

SmartCare Program ID

Version 05/2026

23145



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

SmartCare Program ID

--	--	--	--

Version 05/2026

45415

