California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 0 0

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 0 1

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | ○○ | ○○ | ○○○○ |
| 1 | ①① | ①① | ①①①① |
| 2 | ②② | ②② | ②②②② |
| 3 | ③③ | ③③ | ③③③③ |
| 4 | ④④ | ④④ | ④④④④ |
| 5 | ⑤⑤ | ⑤⑤ | ⑤⑤⑤⑤ |
| 6 | ⑥⑥ | ⑥⑥ | ⑥⑥⑥⑥ |
| 7 | ⑦⑦ | ⑦⑦ | ⑦⑦⑦⑦ |
| 8 | ⑧⑧ | ⑧⑧ | ⑧⑧⑧⑧ |
| 9 | ⑨⑨ | ⑨⑨ | ⑨⑨⑨⑨ |

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | ●○ | ○● | ○○○○ |
| 1 | ①① | ①① | ●①①① |
| 2 | ②② | ②② | ②②②② |
| 3 | ③③ | ●③ | ③③③③ |
| 4 | ●④ | ④④ | ④④④④ |
| 5 | ⑤⑤ | ⑤⑤ | ⑤⑤⑤⑤ |
| 6 | ⑥⑥ | ⑥⑥ | ⑥⑥⑥⑥ |
| 7 | ⑦⑦ | ⑦⑦ | ⑦⑦⑦● |
| 8 | ⑧⑧ | ⑧⑧ | ⑧⑧●⑧ |
| 9 | ⑨⑨ | ⑨⑨ | ⑨●⑨⑨ |

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 0 2

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | ○○ | ○○ | ○○○○ |
| 1 | ①① | ①① | ①①①① |
| 2 | ②② | ②② | ②②②② |
| 3 | ③③ | ③③ | ③③③③ |
| 4 | ④④ | ④④ | ④④④④ |
| 5 | ⑤⑤ | ⑤⑤ | ⑤⑤⑤⑤ |
| 6 | ⑥⑥ | ⑥⑥ | ⑥⑥⑥⑥ |
| 7 | ⑦⑦ | ⑦⑦ | ⑦⑦⑦⑦ |
| 8 | ⑧⑧ | ⑧⑧ | ⑧⑧⑧⑧ |
| 9 | ⑨⑨ | ⑨⑨ | ⑨⑨⑨⑨ |

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | ●○ | ○● | ○○○○ |
| 1 | ①① | ①① | ●①①① |
| 2 | ②② | ②② | ②②②② |
| 3 | ③③ | ●③ | ③③③③ |
| 4 | ●④ | ④④ | ④④④④ |
| 5 | ⑤⑤ | ⑤⑤ | ⑤⑤⑤⑤ |
| 6 | ⑥⑥ | ⑥⑥ | ⑥⑥⑥⑥ |
| 7 | ⑦⑦ | ⑦⑦ | ⑦⑦⑦● |
| 8 | ⑧⑧ | ⑧⑧ | ⑧⑧●⑧ |
| 9 | ⑨⑨ | ⑨⑨ | ⑨●⑨⑨ |

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 0 3

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 0 4

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 0 5

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 0 6

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 0 7

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 0 8

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 0 9

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 1 0

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 1 1

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 1 2

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 1 3

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 1 4

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*

36 - Y - SP - 3600000015



38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 1 5

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*

36 - Y - SP - 360000016



38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 1 6

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 1 7

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 1 8

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 1 9

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 2 0

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 2 1

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
○ 1 día o menos ○ 3 a 5 días ○ Más de 10 días ○ No me acuerdo
○ 2 días ○ 6 a 10 días ○ No aplica / No voy a la escuela

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 2 2

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 2 3

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 2 4

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 2 5

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 2 6

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 2 7

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 2 8

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 2 9

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 3 0

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 3 1

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 3 2

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 3 3

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 3 4

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 3 5

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 3 6

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 3 7

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 3 8

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 3 9

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 4 0

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 4 1

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | ○○ | ○○ | ○○○○ |
| 1 | ①① | ①① | ①①①① |
| 2 | ②② | ②② | ②②②② |
| 3 | ③③ | ③③ | ③③③③ |
| 4 | ④④ | ④④ | ④④④④ |
| 5 | ⑤⑤ | ⑤⑤ | ⑤⑤⑤⑤ |
| 6 | ⑥⑥ | ⑥⑥ | ⑥⑥⑥⑥ |
| 7 | ⑦⑦ | ⑦⑦ | ⑦⑦⑦⑦ |
| 8 | ⑧⑧ | ⑧⑧ | ⑧⑧⑧⑧ |
| 9 | ⑨⑨ | ⑨⑨ | ⑨⑨⑨⑨ |

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | ●○ | ○● | ○○○○ |
| 1 | ①① | ①① | ●①①① |
| 2 | ②② | ②② | ②②②② |
| 3 | ③③ | ●③ | ③③③③ |
| 4 | ●④ | ④④ | ④④④④ |
| 5 | ⑤⑤ | ⑤⑤ | ⑤⑤⑤⑤ |
| 6 | ⑥⑥ | ⑥⑥ | ⑥⑥⑥⑥ |
| 7 | ⑦⑦ | ⑦⑦ | ⑦⑦⑦● |
| 8 | ⑧⑧ | ⑧⑧ | ⑧⑧●⑧ |
| 9 | ⑨⑨ | ⑨⑨ | ⑨●⑨⑨ |

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
○ 1 día o menos ○ 3 a 5 días ○ Más de 10 días ○ No me acuerdo
○ 2 días ○ 6 a 10 días ○ No aplica / No voy a la escuela

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 4 2

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*

36 - Y - SP - 360000043



38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 4 3

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 4 4

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 4 5

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 4 6

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 4 7

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 4 8

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 4 9

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 5 0

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 5 1

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 5 2

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 5 3

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 5 4

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*

36 - Y - SP - 360000055



38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 5 5

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 5 6

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 5 7

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 5 8

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 5 9

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 6 0

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 6 1

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 6 2

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 6 3

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 6 4

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 6 5

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 6 6

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 6 7

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 6 8

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 6 9

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 7 0

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 7 1

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 7 2

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*

36 - Y - SP - 360000073



38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 7 3

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 7 4

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1987

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | ●○ | ○● | ○○○○ |
| 1 | ○○ | ○○ | ●○○○ |
| 2 | ○○ | ○○ | ○○○○ |
| 3 | ○○ | ●○ | ○○○○ |
| 4 | ●○ | ○○ | ○○○○ |
| 5 | ○○ | ○○ | ○○○○ |
| 6 | ○○ | ○○ | ○○○○ |
| 7 | ○○ | ○○ | ○○○● |
| 8 | ○○ | ○○ | ○○●○ |
| 9 | ○○ | ○○ | ○●○○ |

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 7 5

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 7 6

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 7 7

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 7 8

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 7 9

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 8 0

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 8 1

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 8 2

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 8 3

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 8 4

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 8 5

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 8 6

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 8 7

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 8 8

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 8 9

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 9 0

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*

36-Y-SP-360000091



38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 9 1

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 9 2

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 9 3

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 9 4

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 9 5

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 9 6

38767



Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 9 7

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 9 8

38767



Version 9/22/03

California Department of Mental Health

# ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

**EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

**¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- ○ Está 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 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose 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, llene 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. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Yo ayudé a escoger mis servicios. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Yo participé en mi propio tratamiento. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Recibí servicios que eran adecuados para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. La localidad de los servicios era conveniente. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Recibí la ayuda que quería. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. El personal me trató con respetó. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 de los servicios que recibí:** | | | | | | |
| 16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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 areglármelas cuándo algo me sale mal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

*Continue a la siguiente página...*



*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

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

**1.** ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

**2.** ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

**3.** ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

**4.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

**5.** Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

**6.** ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

**7.** ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**8.** ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

**9.** Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

***Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!***

---

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

**CSI County Client Number**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Reason:**
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

3 6 0 0 0 0 0 9 9

38767



Version 9/22/03