CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 0 0

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 0 1

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 0 2

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 0 3

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 0 4

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 0 5

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 0 6

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 0 7

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 0 8

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1937

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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: 11 - ☐☐ - 2003

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

38807

4 0 0 0 0 0 0 0 9

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 1 0

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 1 1

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 1 2

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 1 3

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 1 4

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 1 5

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 1 6

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 1 7

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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

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

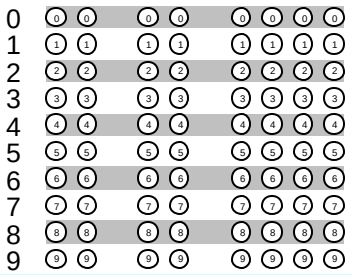
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

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

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)

__ __ - __ __ - __ __ __ __

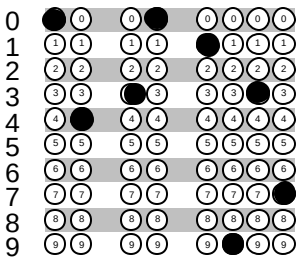


EJEMPLO Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7



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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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)

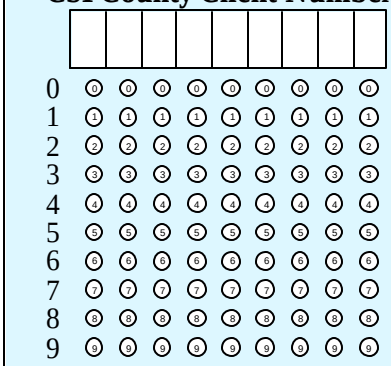
Date of Survey Administration: 1 1 - __ __ - 2 0 0 3

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



Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

38807

4 0 0 0 0 0 0 1 8

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 1 9

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 2 0

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 2 1

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 2 2

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 2 3

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 2 4

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 2 5

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 2 6

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 2 7

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 2 8

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 2 9

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 3 0

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 3 1

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1937

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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 3 2

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 3 3

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 3 4

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 3 5

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 3 6

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 3 7

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 3 8

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 3 9

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 4 0

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1937

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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: 11 - ☐☐ - 2003

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

38807

4 0 0 0 0 0 0 4 1

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 4 2

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 4 3

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 4 4

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 4 5

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 4 6

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 4 7

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 4 8

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 4 9

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 5 0

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 5 1

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 5 2

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 5 3

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 5 4

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 5 5

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1937

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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: 11 - ☐☐ - 2003

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

38807

4000000056

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1937

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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: 11 - ☐☐ - 2003

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

38807

4000000057

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 5 8

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1937

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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: 11 - ☐☐ - 2003

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

38807

4 0 0 0 0 0 0 5 9

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 6 0

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 6 1

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 6 2

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 6 3

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 6 4

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 6 5

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

0	●	○	○
1	○	○	●
2	○	○	○
3	○	●	●
4	●	○	○
5	○	○	○
6	○	○	○
7	○	○	●
8	○	○	○
9	○	○	○

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 6 6

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 6 7

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 6 8

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 6 9

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 7 0

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 7 1

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1937

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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: 11 - ☐☐ - 2003

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

38807

4 0 0 0 0 0 0 7 2

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 7 3

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 7 4

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1937

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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: 11 - ☐☐ - 2003

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

38807

4 0 0 0 0 0 0 7 5

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 7 6

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 7 7

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 7 8

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 7 9

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 8 0

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 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
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 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 8 1

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1937

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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: 11 - ☐☐ - 2003

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

38807

4 0 0 0 0 0 0 8 2

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 8 3

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 8 4

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 8 5

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 8 6

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 8 7

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 8 8

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 8 9

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 9 0

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 9 1

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 9 2

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 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
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 ⑧
9	⑨ ⑨	⑨ ⑨	⑨ ● ⑨ ⑨

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 9 3

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

0	●	○	○
1	○	○	●
2	○	○	○
3	○	●	●
4	●	○	○
5	○	○	○
6	○	○	○
7	○	○	●
8	○	○	○
9	○	○	○

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 9 4

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 9 5

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1937

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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: 11 - ☐☐ - 2003

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

38807

4 0 0 0 0 0 0 9 6

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 9 7

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta) ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 9 8

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

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 declaracione**

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

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

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 de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo** o **Definitivamente en desacuerdo** 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 de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	○	○	○	○	○	○
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	○	○	○	○	○	○
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	○	○	○	○	○	○
10. El personal de está agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
13. Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	○	○	○	○	○	○

*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	○	○	○	○	○	○
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermadad.	○	○	○	○	○	○
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	○	○	○	○	○	○
Como resultado directo de los servicios que recibí:						
21. Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
22. Puedo controlar mí vida mucho mejor.	○	○	○	○	○	○
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	○	○	○	○	○	○
24. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	○	○	○	○	○	○
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

29. 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.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, llenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, llene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podra llenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general?	○	○	○	○	○	○	○
Modo de Vivir							
2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:							
A. ¿La situación en la que usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La privacidad que tiene?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo?	○	○	○	○	○	○	○

Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	○	○	○	○	○	○	○

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	○	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	○	○	○	○	○	○	○	○
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	○	○	○	○	○	○	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	○	○
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	○	○

7. 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

8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿ La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	○	○	○	○	○	○	○

Salud

9. En general, diría usted que su salud es:

○ Excellente ○ Muy buena ○ Buena ○ Regular ○ Mala

10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿Su condición física?	○	○	○	○	○	○	○
C. ¿Su bienestar emocional?	○	○	○	○	○	○	○

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 ○ Indio Americano / Nativo de Alaska ○ Raza desconocida
○ Africano Americano ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Asiático ○ Otra raza

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	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 1937:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 3 7

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

6. ¿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

7. ¿Cúal fue la razón principal por la cuál usted se involucro con esté programa? (Llene solo una respuesta)
○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi voluntad.
○ Yo decidí venir por mi propia voluntad.

8. 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

38807

4 0 0 0 0 0 0 9 9

Version 9/22/03