California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 0 0

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000001

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000002

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 0 3

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000004

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 0 5

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 0 6

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 0 7

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 0 8

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 0 9

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 1 0

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 1 1

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 1 2

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000013

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 1 4

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 1 5

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 1 6

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000017

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 1 8

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 1 9

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 2 0

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 2 1

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 2 2

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 2 3

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 2 4

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 2 5

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 2 6

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 2 7

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 2 8

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 2 9

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 3 0

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 3 1

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 3 2

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 3 3

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 3 4

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 3 5

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000036

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 3 7

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000038

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 3 9

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 4 0

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 4 1

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 4 2

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 4 3

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	① 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 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 4 4

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000045

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000046

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 4 7

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 4 8

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 4 9

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 5 0

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 5 1

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 5 2

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 5 3

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000054

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 5 5

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 5 6

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000057

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000058

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000059

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 6 0

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000061

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 6 2

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 6 3

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 6 4

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 6 5

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 6 6

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000067

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 6 8

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 6 9

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000070

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 7 1

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 7 2

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 7 3

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 7 4

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 7 5

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 7 6

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000077

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 7 8

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 7 9

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000080

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 8 1

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 8 2

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000083

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 8 4

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 8 5

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 8 6

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

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 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 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 8
9	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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 8 7

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000088

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 8 9

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000090

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000091

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 9 2

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 ● 6
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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 9 3

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000094

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000095

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 9 6

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
1	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
2	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
3	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
4	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
5	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
6	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
7	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
8	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○
9	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 6 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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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

5 5 0 0 0 0 0 9 7

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?
- ○ Por lo menos una vez al día
- ○ Por lo menos una vez a la semana
- ○ Por lo menos una vez al mes
- ○ Menos de una vez al mes
- ○ Nunca
- ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?

	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000098

12518

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA PARA ADULTOS

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

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 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.	○	○	○	○	○	○
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 enfermedad.	○	○	○	○	○	○
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.	○	○	○	○	○	○

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

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
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:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
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. En general, ¿con cuánta frecuencia se reune usted con un miembro de su familia?
○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No tengo familia / No aplica

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. ¿La forma en que usted y su famila se tratan?	○	○	○	○	○	○	○	○
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	○	○	○	○	○	○	○	○

Relaciones Sociales

6. Con cúanta frecuencia:

A. ¿Visita a alguien que no vive con usted?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

B. ¿Pasa tiempo con alguien que usted considera más que un(a) amigo(a), ya sea su cónyuge o novio(a)?

○ Por lo menos una vez al día ○ Por lo menos una vez al mes ○ Nunca
○ Por lo menos una vez a la semana ○ Menos de una vez al mes ○ No aplica

7. 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?	○	○	○	○	○	○	○	○

Gastos Financieros

8. Durante el mes pasado, ¿en general, tuvo usted suficiente dinero para pagar los siguientes artículos?	No	Sí
A. Comida	○	○
B. Ropa	○	○
C. Vivienda	○	○
D. Transportación con el propósito de ir de compras, asistir a citas médicas o visitar a amigos(as) y parientes.	○	○
E. Activicades sociales, como ir al cine o comer en restaurantes.	○	○

Asuntos Legales y Seguridad

9. 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?	○	○

10. 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

11. 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

12. 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
○ Africano Americano
○ Asiático
○ Indio Americano / Nativo de Alaska
○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
○ Otra raza
○ Raza desconocida

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1967:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

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)

○ Yo decidí venir por mi propia voluntad. ○ Alguien más recomendó que yo viniera. ○ Vine encontra de mi 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.
○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
○ 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	○○○○○○○○○
2	○○○○○○○○○
3	○○○○○○○○○
4	○○○○○○○○○
5	○○○○○○○○○
6	○○○○○○○○○
7	○○○○○○○○○
8	○○○○○○○○○
9	○○○○○○○○○

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5500000099

12518

Version 9/22/03