California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 56000000000

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 0 0

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000001

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 0 1

38767

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 0 2

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 0 3

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 0 4

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000005

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 0 5

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000006

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 0 6

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 0 7

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000008

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 0 8

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 0 9

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000010

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 1 0

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 1 1

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 1 2

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 1 3

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000014

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 1 4

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000015

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 1 5

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000016

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 1 6

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000017

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 1 7

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 1 8

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 1 9

38767

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000020

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 2 0

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000021

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 2 1

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 2 2

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000023

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 2 3

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000024

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 2 4

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 2 5

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 2 6

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000027

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 2 7

38767

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 2 8

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 2 9

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 56000000030

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 3 0

38767

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000031

38767

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 3 1

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

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

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

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

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

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

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

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

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

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

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

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

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

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

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

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

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 3 2

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

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

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

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

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

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

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

Continue a la siguiente página...

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

Version 9/22/03

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

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

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

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 3 3

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 3 4

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 3 5

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 3 6

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 3 7

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 3 8

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000039

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 3 9

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 4 0

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000041

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 4 1

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 4 2

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000043

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 4 3

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000044

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 4 4

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000045

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 4 5

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000046

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 4 6

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000047

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 4 7

38767

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000048

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 4 8

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000049

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	● 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 4 9

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 56000000 50

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 5 0

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000051

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 5 1

38767

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000052

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	● 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 5 2

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000053

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 5 3

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 5 4

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 5 5

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000056

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0 0 0 0 0 0 0 0 0
1	1 1 1 1 1 1 1 1 1
2	2 2 2 2 2 2 2 2 2
3	3 3 3 3 3 3 3 3 3
4	4 4 4 4 4 4 4 4 4
5	5 5 5 5 5 5 5 5 5
6	6 6 6 6 6 6 6 6 6
7	7 7 7 7 7 7 7 7 7
8	8 8 8 8 8 8 8 8 8
9	9 9 9 9 9 9 9 9 9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 5 6

38767

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 5 7

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 5 8

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000059

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 5 9

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000060

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 6 0

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000061

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 6 1

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 6 2

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 6 3

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000064

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 6 4

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 6 5

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 6 6

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000067

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 6 7

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 6 8

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000069

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 6 9

38767

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000070

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 7 0

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 7 1

38767

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 7 2

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 7 3

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000074

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 7 4

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56-Y-SP-5600000075

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 7 5

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000076

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 7 6

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 7 7

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 7 8

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000079

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 7 9

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 8 0

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 8 1

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000082

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 8 2

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000083

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 8 3

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000084

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 8 4

38767

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 8 5

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 8 6

38767

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000087

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 8 7

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 8 8

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000089

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 8 9

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 9 0

38767

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000091

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 9 1

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 9 2

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 9 3

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000094

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 9 4

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000095

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 9 5

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 9 6

38767

Version 9/22/03

CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000097

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 9 7

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

56 - Y - SP - 5600000098

38767

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 9 8

38767

Version 9/22/03

California Department of Mental Health

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES (YSS)*- Para jovenes entre 13-18 años

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.**

EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ✖ ✔

¿Aproximadamente, cúanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ○ Está es mi primera visita aquí.
- ○ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- ○ 1 a 2 meses
- ○ 3 a 5 meses
- ○ 6 meses a 1 año
- ○ Más de 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Indeciso**, **De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mi durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuándo tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respetó.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma, que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
Como resultado de los servicios que recibí:						
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○

22. Si tiene algún comentario escribalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.

Continue a la siguiente página...

*Molly Brunk, Ph.D., 1999. This instrument was developed as part of the State Indicator Project funded by the Center for Mental Health Services (CMHS) . It was adapted from the Family Satisfaction Questionnaire used with the CMHS Comprehensive Community Mental Services for Children and their Families Program and the MHSIP Consumer Survey.

Version 9/22/03

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? ○ Femenino ○ Masculino ○ Otro

2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ○ Sí ○ No ○ No se

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
- ○ Anglosajón / Blanco
- ○ Africano Americano
- ○ Asiático
- ○ Indio Americano / Nativo de Alaska
- ○ Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
- ○ Otra raza
- ○ Raza desconocida

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

0	0 0	0 0	0 0 0 0
1	1 1	1 1	1 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	3 3	3 3 3 3
4	4 4	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 7
8	8 8	8 8	8 8 8 8
9	9 9	9 9	9 9 9 9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

1. Escriba la fecha de nacimiento →
2. Llene los círculos que coresponden

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

0	● 0	0 ●	0 0 0 0
1	1 1	1 1	● 1 1 1
2	2 2	2 2	2 2 2 2
3	3 3	● 3	3 3 3 3
4	4 ●	4 4	4 4 4 4
5	5 5	5 5	5 5 5 5
6	6 6	6 6	6 6 6 6
7	7 7	7 7	7 7 7 ●
8	8 8	8 8	8 8 ● 8
9	9 9	9 9	9 ● 9 9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún crimen?
○ Ningún arresto ○ 1 arresto ○ 2 arrestos ○ 3 arrestos ○ 4 o más arrestos

6. ¿Con cúanta frecuencia, falto usted a clases durante el **MES pasado**?
- ○ 1 día o menos
- ○ 2 días
- ○ 3 a 5 días
- ○ 6 a 10 días
- ○ Más de 10 días
- ○ No aplica / No voy a la escuela
- ○ No me acuerdo

7. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para usted en el lenguaje que usted prefirió? ○ Sí ○ No

9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
- ○ No necesite ayuda.
- ○ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- ○ Otro consumidor de salud mental me ayudó.
- ○ Un miembro de mi familia me ayudó.
- ○ Un entrevistador profesional me ayudó.
- ○ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- ○ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - ☐☐ - 2 0 0 3

County Question #1: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3: ○ 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

CSI County Client Number

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

5 6 0 0 0 0 0 9 9

38767

Version 9/22/03