

Como resultado directo de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me llevo mejor con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mi situación de vivienda a mejorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me involucro en cosas que son más significantes para mi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy más capaz de cuidar y ocuparme de mis necesidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Soy más capaz de manejar las cosas cuando me salen mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Soy más capaz de hacer cosas que yo quiero hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para preguntas # 33-36 por favor responda tomando en cuenta las relaciones que usted tiene con otras personas que no sean su proveedor(es) de salud mental.

Como resultado directo de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
33. Estoy feliz con las amistades que tengo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Tengo gente con las cuales puedo hacer cosas agradables y que disfruto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Siento que pertenezco y soy parte de mi comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. En caso de una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...



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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

22334



11. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y rellene cada círculo que corresponda. Vea el Ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
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
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

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es abril 30 de 1967

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

1. Escriba la fecha de nacimiento

2. Rellene los círculos que corresponden

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

12. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el idioma que usted prefirió? Sí No

13. ¿Hubo información escrita disponible para usted en el idioma que usted prefirió (por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental)? Sí No

14. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Marque solo una respuesta)

- Yo decidí venir por mi propia voluntad.
- Alguien más recomendó que yo viniera.
- Vine en contra de mi voluntad.

15. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Marque todas las respuestas que apliquen):

- No necesité ayuda.
- Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
- Otro usuario de servicios de salud mental me ayudó.
- Un miembro de mi familia me ayudó.
- Un entrevistador profesional me ayudó.
- Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
- Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

16. Estamos interesados en recibir sus comentarios ya sean positivos o negativos. Sí tiene algún comentario escríbalo en este espacio, o si es necesario detrás de esta pagina. También nos interesa saber si hay áreas (preguntas) que no cubrimos, que usted piensa deberíamos de cubrir en este cuestionario. Sí es así, por favor escríbalas aquí. Gracias por cooperar con nosotros y por tomar su tiempo para completar este cuestionario.

!Gracias por tomar el tiempo para responder estás preguntas!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

REQUIRED Information:

County Code: □□

Date of Survey Administration:
□□ - □□ - □□□□

Reason (if applicable):

- Ref Imp Lan Oth

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

□□□□□□□□□□

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Reporting Unit:

□□□□□□□□

22334

