



41621

## 2001 ENCUESTA DE SERVICIOS A LOS JOVENES

(Antes de empezar con la encuesta, esta sección de la forma debe ser completada por el personal de la Asociación Regional de Salud Mental (RBHA por sus siglas en inglés))

[To be completed by RBHA]	
RBHA ID:	Survey Tracking Number:
Facility ID:	Name of Service Agency:
Telemedicine:	Program:
	Entitlement Status (as of 10/01/00 i.e. TXIX, TXXI or Non- TXIX/TXXI)

(Spanish version)

Por favor ayúdenos a mejorar nuestro programa al contestar unas pocas preguntas con respecto a los servicios que está recibiendo actualmente. Estamos interesados en su opinión honesta. Todas las respuestas son confidenciales. Sus servicios actuales y futuros no se verán afectados por su participación en esta encuesta.

Cuando termine de llenar la encuesta, por favor dóblela y devuélvala en el sobre adjunto antes de **Abril 30, 2001**

**Gracias**

Llene los espacios en blanco o marque sus respuesta a la siguientes preguntas:

Información sobre la Persona que Recibe Servicios:

Edad

Sex Masculino  Femenino

Race  Anglo-Sajón  Negro  Asiático  Nativo-Americano  Otro

Ethnicidad  Hispano  No Hispano o Latino

### **La Persona que Completa esta Encuesta es:**

La persona que está recibiendo los servicios directamente

Otro  Padre/Tutor  Amigo/a  Familia (Tío, Tía, Primo, Abuelo, etc)

**Por favor, continúe contestando las preguntas en la próxima página.**



41621

---

**Parte II. Por favor, marque su respuesta llenando los círculos totalmente.**

---

**1. En general, estoy satisfecho/a con los servicios que he recibido.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**Como resultado de los servicios que he recibido:**

**2. Me siento mejor al enfrentarme a la vida diaria**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**3. Me llevo mejor con los miembros de mi familia.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**4. Me llevo mejor con mis amigos y otras personas.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**5. Estoy mejor en la escuela y/o en el trabajo.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**6. Puedo enfrentarme mejor cuando las cosas van mal.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**7. Ahora estoy satisfecho/a con mi vida familiar.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**Impresión de los servicios que he recibido:**

**8. Yo ayudé a escoger mis servicios**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**9. Yo ayudé a escoger mis metas de tratamiento.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**10. Las personas que nos estaban ayudando se aguantaron en las malas y en las buenas.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**11. Me sentí que tenía alguien con quien hablar cuando estaba molesta.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**12. Las personas que me ayudaban, siempre escuchaban lo que yo tenía que decir.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**13. Yo estaba participando activamente en mi propio tratamiento.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**Por favor, continúe contestando las preguntas en la próxima página.**



41621

---

**14. Recibí los servicios que eran indicados para mí.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**15. La localidad donde recibía los servicios era conveniente.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**16. Los servicios eran a las horas que era conveniente para mí.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**17. Si necesito servicios en el futuro, yo usaré estos servicios nuevamente.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**18. Recibí la ayuda que quería.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**19. Recibí toda la ayuda que necesitaba.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**20. Yo, no el personal, decidí en las metas de mi tratamiento.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**21. El personal me trató con respeto.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**22. El personal entendió las tradiciones de la cultura de mi familia.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**23. El personal entendió las creencias religiosas /espirituales de mi familia.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**24. El personal me hablaba de manera que yo entendiera.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**25. El personal respetó mi raza y mis antecedentes étnicos.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**26. Me sentí discriminado/a cuando traté de recibir servicios aquí.**

Si, definitivamente    Si, de acuerdo    Neutral    No estoy de acuerdo    Definitivamente no    No aplica

---

**Por favor, continúe contestando las preguntas en la próxima página**



41621

27. ¿Cuál fué la cosa que más le ayudó de los servicios que recibí durante los últimos 6 meses?

Empty text box for answer to question 27.

28. ¿Qué recomendaría usted para mejorar los servicios?

Empty text box for answer to question 28.

Parte III. Por favor, continúe contestando las siguientes preguntas.

29. ¿Ha vivido usted en los siguientes lugares en los últimos 6 meses? (Marque todos los lugares apropiados)

- Radio button options: Con uno o dos padres, Hospital, Con un miembro de mi familia, Cárcel local o lugar de detención, Casa de crianza, Facilidades Correccionales del Estado, Albergue de desamparados, Desamparado o ha huído de la casa, Casa de grupos, Otro, Centro de tratamiento residencial.

Empty text box for 'Otro' category in question 29.

30. ¿En el pasado año, ha visto a un médico (o enfermera) para exámenes de salud o porque estaba enfermo/a? Si No

31. ¿Ha ido a la corte en los últimos 6 meses? Si No

31a. Si contestó que si, fué acusado/a de algún crimen? Si No

32. ¿En que grado está en la escuela?

- Radio button options: Guardería(0-4), Elemental(K-5), Escuela Media (6-8), Secundaria(9-12)

32a. Si no está en la escuela, ¿porqué?

Empty text box for answer to question 32a.

33. ¿Ha faltado usted a la escuela en los últimos 6 meses? Si No

33a. Si contestó que si, ¿cuantos días?

Three empty boxes for digits in question 33a.

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN Y SU TIEMPO EN COMPLETAR ESTA ENCUESTA!!!

For Questions Regarding This Survey Please Contact: Bernadette E. Phelan, Ph.D. Manager of Research, Evaluation and Dissemination Division of Behavioral Health Services Arizona Department of Health Services Tel. 602-55-39158 Fax 602-553-9144 bphelan@hs.state.az.us