



4627

2001

### ENCUESTA PARA LAS FAMILIAS QUE RECIBEN SERVICIOS PARA

*(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.

Quando 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

Sexo Masculino  Femenino

Raza  Anglo-Sajón  Negro  Asiático  Nativo-Americano  Otro

Etnicidad  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.**



4627

---

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

---

**1. Me gustan los servicios que he recibido aquí.**

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

---

**Como resultado de los servicios que mi niño/a o familia ha recibido:**

**2. Mi niño/a se puede enfrentar mejor a la vida diaria**

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

---

**3. Mi niño/a se lleva mejor con los miembros de mi familia.**

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

---

**4. Mi niño/a se lleva mejor con mis amigos y otras personas.**

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

---

**5. Mi niño/a está mejor en la escuela y/o en el trabajo.**

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

---

**6. Mi niño/a puede enfrentarse 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 mi niño/a o familia ha recibido:**

**8. Yo ayudé a escoger los servicios para mi niño/a**

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

---

**9. Yo ayudé a escoger las metas de tratamiento para mi niño/a.**

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

---

**10. Las personas que estaban ayudando a mi niño/a nos 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 mi niño/a tenía alguien con quien hablar cuando él o ella estaba molesto/a.**

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

---

**12. Las personas que ayudaban a mi niño/a, siempre escuchaban lo que él o ella tenía que decir.**

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

---

**13. Yo participe frecuentemente en el tratamiento de mi niño/a.**

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

---

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



4627

---

**14. Los servicios que mi niño/a recibió eran los indicados para nosotros.**

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

---

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

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

---

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

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

---

**17. Si en el futuro necesito servicios para mi niño/a, yo usaré estos servicios nuevamente.**

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

---

**18. Mi niño/a y la familia recibió la ayuda que queremos.**

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

---

**19. Mi niño/a y la familia recibió toda la ayuda que necesitábamos.**

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

---

**20. Las necesidades de mi niño/a y nuestra familia determinaron las metas de su 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 respetaron mi raza y 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

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



4627

27. ¿Cuál fué la cosa que le más le ayudó de los servicios que usted y su niño/a ha recibido en los últimos 6 meses?

Empty text box for response to question 27.

28. ¿Qué recomendaría usted para mejorar los servicios?

Empty text box for response to question 28.

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

29. ¿Ha vivido su niño/a en los siguientes lugares en los últimos 6 meses. (Marque todos los que sean apropiados.)

- List of locations with radio buttons: Con uno o dos padres, Hospital, Con un miembro de mi familia, Cárcel local o lugar de detención, Casa de crianza, Facilidades Correctionales del Estado, Albergue de desamparados, Desamparado o ha huído de la casa, Casa de grupos, Otro, Centro de tratamiento residencial.

30. Durante el año pasado, su niño/a ha visto a un médico (o enfermera) para exámenes de salud o porque estaba enfermo/a?

- Radio buttons for Si and No.

31. ¿Su niño/a a 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 su niño/a en la escuela?

- Radio buttons for school levels: Guardería(0-4), Elemental (K-5), Escuela Media (6-8), Secundaria(9-12).

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

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

33a. Si contestó que si, ¿cuantos días? Empty boxes for number of days.

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