

THIS SECTION MUST BE COMPLETED BY PROVIDER!!

Name of Service Agency: _____

RBHA NAME: _____ Facility ID: _____

Client's Entitlement Status: TXIX TXXI

Survey Location: Home Clinic Client enrolled in: DES/DDD

YEAR 2008 YOUTH SERVICES SURVEY FOR FAMILIES

Please help us improve our program by completing this survey about the services you have received in the last six months. We are interested in your honest opinion. All responses will be treated as confidential. Any personal information will be excluded in the presentation of the survey results.

Your child and family's current and/or future services will not be affected if you decide not to participate in this survey.

If you have already taken this survey in the months of April or May 2008, then you do not need to complete it again.

After you have completed the survey, please fold and drop it in the survey box before you leave the office today. Thank you.

Use Pen or Pencil

Please fill in the bubbles completely with your answers to the following questions:

Information about the Person Receiving Services:

Child's Age: _____

Child's Sex: Male Female

Child's Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Please check all applicable race categories:

Child's Race: White Black/African American Asian American Indian/Alaska Native
 Native Hawaiian/Pacific Islander

How long has your child been receiving mental health and/or substance abuse services? (from this provider)

0 - 6 months 7 - 11 months 1 - 2 years 3 - 5 years more than 5 years

Please check your relationship with the child: Parent/Guardian Friend
 Relative (Uncle, Aunt, Cousin, Grandparent, etc.)
 Other

Does your family have a Child and Family Team? Yes No

Please continue to answer questions on the next page.

PLEASE MARK YOUR ANSWERS BY FILLING IN THE BUBBLES COMPLETELY

Please help our agency make services better by answering some questions about the services your child received OVER THE LAST 6 MONTHS.	Strongly Agree	Agree	I am Neutral	Disagree	Strongly Disagree	Not Applicable
1. Overall, I am satisfied with the services my child received.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. I helped to choose my child's services.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. I helped to choose my child's treatment goals.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. The people helping my child stuck with us no matter what.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. I felt my child had someone to talk to when he/she was troubled.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. I participated in my child's treatment.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. The services my child and/or family received were right for us.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. The location of services was convenient for us.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Services were available at times that were convenient for us.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. My family got the help we wanted for my child.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. My family got as much help as we needed for my child.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Staff treated me with respect.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Staff respected my family's religious/spiritual beliefs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Staff spoke with me in a way that I understood.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Staff were sensitive to my cultural/ethnic background.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As a result of the services my child and/or family received:

16. My child is better at handling daily life.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. My child gets along better with family members.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. My child gets along better with friends and other people.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. My child is doing better in school and/or work.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. My child is better able to cope when things go wrong.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. I am satisfied with our family life right now.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. My child is better able to do things he or she wants to do.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As a result of the services my child and/or family received: please answer for relationships with persons other than your mental health provider(s).

23. I know people who will listen and understand me when I need to talk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. I have people that I am comfortable talking with about my child's problems.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. In a crisis, I would have the support I need from family or friends.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. I have people with whom I can do enjoyable things.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. What has been the most helpful thing about the services you and your child received over the **last 6 months**?

28. What would improve the services here? _____

Please continue to answer questions on the next page.

POR FAVOR MARQUE SUS RESPUESTAS RELLENANDO LAS BURBUJAS COMPLETAMENTE

49. ¿Ha sido su hijo expulsado o suspendido de su escuela desde que comenzaron a recibir los servicios?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
50. ¿Fue su hijo expulsado o suspendido de su escuela durante los 12 meses anteriores de esto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
51. Desde que comienzo a recibir servicios, el número de días mi hijo(a) estaba en la escuela fue...	<input type="radio"/> mayor <input type="radio"/> el mismo <input type="radio"/> menos <input type="radio"/> no se aplica (por favor seleccione por qué este no se aplica) <input type="radio"/> el niño no tenía un problema con la asistencia antes de servicios iniciales <input type="radio"/> el niño es demasiado joven para estar en la escuela <input type="radio"/> el niño fue expulsado de la escuela <input type="radio"/> el niño esta siendo enseñado en la casa <input type="radio"/> el niño abandonó la escuela <input type="radio"/> Otro	
52. ¿Ha sido su hijo(a) arrestado durante los 12 meses pasados?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
53. ¿Estuvo arrestado su hijo(a) durante los 12 meses antes de esto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
54. Durante el año pasado, los incidentes de su niño con la policía...	<input type="radio"/> ha reducido (por ejemplo, ellos no han sido arrestados, molestados por la policía, tomada por la policía a un refugio programa de crisis) <input type="radio"/> ha sido igual <input type="radio"/> ha aumentado <input type="radio"/> no aplicable (ellos no tenían ningunos encuentro de policía este año o el año pasado)	
55. ¿Fue expulsado su niño o suspendido de la escuela durante los 12 meses pasados?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
56. ¿Fue expulsado su niño o suspendido de la escuela durante los 12 meses antes de esto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
57. Durante el año pasado, el número de días mi niño fue a la escuela era...	<input type="radio"/> mayor <input type="radio"/> el mismo <input type="radio"/> menos <input type="radio"/> no se aplica (por favor seleccione por qué este no se aplica) <input type="radio"/> El niño no tenía un problema con la asistencia antes de servicios iniciales <input type="radio"/> El niño es demasiado joven para estar en la escuela <input type="radio"/> El niño fue expulsado de la escuela <input type="radio"/> El niño esta siendo enseñado en la casa <input type="radio"/> El niño abandonó la escuela <input type="radio"/> Otro	

Por favor siga contestando preguntas en la siguiente página.

PLEASE MARK YOUR ANSWERS BY FILLING IN THE BUBBLES COMPLETELY

Additional Questions:	Strongly Agree	Agree	I am Neutral	Disagree	Strongly Disagree	Not Applicable
29. My child is enrolled at the appropriate grade level in school.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. My child has remained stable in his/her living situation for the past year.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. My child is staying out of trouble with the law.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. The treatment team has helped us find people in the community to help support our needs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Our family and other important friends are a part of the team in my child's treatment plan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. I am satisfied with the support my family receives from our child and family team.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Timely support has been available to handle crisis situations.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. My child's symptoms are not bothering him/her as much.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Our family's cultural preferences and race/ethnicity were included in planning the services that my child/family receives.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. My child's doctor explained the benefits, risks, and alternatives of medications prescribed for him/her and I understood.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Is your child currently living with you?	<input type="radio"/> Yes			<input type="radio"/> No		
40. Has your child lived in any of the following places in the last 6 months ? (CHECK ALL THAT APPLY)						
<input type="radio"/> With one or both parents <input type="radio"/> With another family member <input type="radio"/> Foster home <input type="radio"/> Therapeutic foster home <input type="radio"/> Crisis shelter <input type="radio"/> Homeless shelter <input type="radio"/> Group home <input type="radio"/> Residential treatment facility <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Local jail or detention facility <input type="radio"/> State correctional facility <input type="radio"/> Runaway/homeless/on the streets <input type="radio"/> Other (describe): _____						

41. In the last year, did your child see a medical doctor (or nurse) for a health check up or because he/she was sick? (Check one)	<input type="radio"/> Yes, in a clinic or office					
	<input type="radio"/> Yes, but only in a hospital emergency room					
	<input type="radio"/> No					
	<input type="radio"/> Do not remember					
42. Is your child on medication for emotional/behavioral problems?	<input type="radio"/> Yes			<input type="radio"/> No		
43. If yes, did the doctor or nurse tell you and/or your child what side effects to watch for?	<input type="radio"/> Yes			<input type="radio"/> No		
44. Is your child still getting services from this provider?	<input type="radio"/> Yes			<input type="radio"/> No		
45. How long did your child receive services from this provider?	<input type="radio"/> Less than 1 month					
	<input type="radio"/> 1-5 Months					
	<input type="radio"/> 6 months to 1 year					
	<input type="radio"/> More than 1 year (skip to Question 52)					
46. Was your child arrested since beginning to receive mental health services?	<input type="radio"/> Yes			<input type="radio"/> No		
47. Was your child arrested during the 12 months prior to that?	<input type="radio"/> Yes			<input type="radio"/> No		
48. Since your child began to receive mental health services, have their encounters with the police...	<input type="radio"/> been reduced (for example, they have not been arrested, hassled by the police, taken by police to a shelter or crisis program)					
	<input type="radio"/> stayed the same					
	<input type="radio"/> increased					
	<input type="radio"/> not applicable (They had no police encounters this year or last year)					

Please continue to answer questions on the next page.

POR FAVOR MARQUE SUS RESPUESTAS RELLENANDO LAS BURBUJAS COMPLETAMENTE

	Muy De acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No Aplica
Preguntas Adicionales:						
29. Mi hijo(a) esta matriculado en el nivel apropiado en la escuela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Mi hijo(a) ha permanecido estable en su situación durante el año pasado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Mi hijo(a) se estado alejado de problemas con la ley.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. El equipo de tratamiento nos ha ayudado a encontrar la gente en la comunidad que apoya nuestras necesidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Nuestra familia y otros amigos importantes son una parte del equipo de niño y familia en el plan de tratamiento de mi niño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Estoy satisfecho con el apoyo que mi familia recibe de nuestro equipo de niño y familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. El apoyo oportuno ha estado disponible para manejar situaciones de crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Los síntomas de mi hijo(a) no los molestan tanto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Las preferencias culturales y de raza/pertenencia étnica de nuestra familia fueron incluidas en la planificación de los servicios que mi hijo(a) /familia recibe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. El doctor de mi hijo(a) explicó las ventajas, riesgos, y alternativas de medicaciones prescritas para él y fue claro de manera que yo entendí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. ¿Vive actualmente su hijo(a) con usted?	<input type="radio"/> Sí		<input type="radio"/> No			
40. ¿Ha vivido su niño en cualquiera de los sitios siguientes en los últimos 6 meses? (MARQUE TODO LO QUE APLICA)						

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Con uno o ambos padres | <input type="radio"/> Con otro miembro de familia | <input type="radio"/> Familia adoptiva |
| <input type="radio"/> Familia adoptiva terapéutica | <input type="radio"/> Refugio de crisis | <input type="radio"/> Refugio para los sin hogar |
| <input type="radio"/> Grupo casero | <input type="radio"/> Centro de tratamiento | <input type="radio"/> Hospital |
| <input type="radio"/> Cárcel local o instalación de detención | <input type="radio"/> Instalación correccional | <input type="radio"/> Escapó/o vive en las calles |
| <input type="radio"/> Otro (describa) _____ | | |

41. ¿En el año pasado, vio su hijo(a) un doctor médico (o enfermera) para un control de salud o porque él/ella estaba enfermo? (Elija una de las opciones)	<input type="radio"/> Sí, en una clínica o oficina	
	<input type="radio"/> Sí, pero sólo en un cuarto de emergencia de hospital	
	<input type="radio"/> No	
	<input type="radio"/> No recuerdo	
42. ¿Esta su hijo(a) tomando medicamentos para problemas de conducta / emocionales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
43. ¿Si la respuesta es afirmativa, responda si el doctor o la enfermera le explicaron con que clase de efectos secundarios debe estar alerta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
44. ¿Todavía esta su hijo recibiendo servicios de este proveedor?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
45. ¿Por cuánto tiempo recibió su hijo(a) servicios de este proveedor?	<input type="radio"/> Menos de 1 mes	
	<input type="radio"/> 1-5 Meses	
	<input type="radio"/> 6 Meses a 1 año	
	<input type="radio"/> Más de 1 año (vaya a la preguntar 52)	
46. ¿Ha sido su hijo(a) arrestado desde que comenzó a recibir servicios de salud mental?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
47. ¿Estuvo arrestado su hijo(a) durante los 12 meses anteriores a esto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
48. Desde que su hijo comenzó a recibir servicios de salud mental, ha tenido incidentes con la policía ...	<input type="radio"/> ha reducido (por ejemplo, ellos no han sido arrestados, molestados por la policía, tomada por la policía a un refugio programa de crisis)	
	<input type="radio"/> ha sido igual	
	<input type="radio"/> ha aumentado	
	<input type="radio"/> no aplicable (ellos no tenían ningunos encuentro de policía este año o el año pasado)	

PLEASE MARK YOUR ANSWERS BY FILLING IN THE BUBBLES COMPLETELY

49. Was your child expelled or suspended from school since beginning services?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
50. Was your child expelled or suspended from school during the 12 months prior to that?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
51. Since starting to receive services, the number of days my child was in school is...	<input type="radio"/> greater <input type="radio"/> about the same <input type="radio"/> less <input type="radio"/> does not apply (please select why this does not apply) <input type="radio"/> child did not have a problem with attendance before starting services <input type="radio"/> child is too young to be in school <input type="radio"/> child was expelled from school <input type="radio"/> child is home schooled <input type="radio"/> child dropped out of school <input type="radio"/> Other:	
52. Was your child arrested during the last 12 months?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
53. Was your child arrested during the 12 months prior to that?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
54. Over the past year, have your child's encounters with the police...	<input type="radio"/> been reduced (for example, they have not been arrested, hassled by the police, taken by police to a shelter or crisis program) <input type="radio"/> stayed the same <input type="radio"/> increased <input type="radio"/> not applicable (They had no police encounters this year or last year)	
55. Was your child expelled or suspended from school during the last 12 months?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
56. Was your child expelled or suspended from school during the 12 months prior to that?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
57. Over the last year, the number of days my child was in school is...	<input type="radio"/> greater <input type="radio"/> about the same <input type="radio"/> less <input type="radio"/> does not apply (please select why this does not apply) <input type="radio"/> child did not have a problem with attendance before starting services <input type="radio"/> child is too young to be in school <input type="radio"/> child was expelled from school <input type="radio"/> child is home schooled <input type="radio"/> child dropped out of school <input type="radio"/> Other:	

Please continue to answer questions on the next page.

POR FAVOR MARQUE SUS RESPUESTAS RELLENANDO LAS BURBUJAS COMPLETAMENTE

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios, contestando algunas preguntas sobre los servicios que su niño recibió DURANTE los ULTIMOS 6 MESES.

	Muy De acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho con los servicios que mi hijo(a) recibió.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ayudé elegir los servicios de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ayudé elegir los objetivos de tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La gente que ayuda a mi hijo(a) nos apoyó sin falta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía alguien para dirigirse cuando estaba preocupado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Participé en el tratamiento de mi niño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi niño y/o familia recibieron eran correctos para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La ubicación de servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponibles a veces que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que estábamos buscando para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió tanta ayuda como necesitamos para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respetó las creencia religiosas/espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal habló conmigo en un camino que entendí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal era respetuoso de mis raíces cultural/étnica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A consecuencia de los servicios mi niño y/o familia recibieron:

16. Mi hijo(a) se enfrenta mejor al manejo de la vida diaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con amigos y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le va mejor en la escuela y/o trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) esta mas dispuesto a enfrentar mejor las situaciones difíciles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Estoy satisfecho con nuestra vida familiar actualmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Mi hijo(a) es más capaz de hacer cosas que quiere hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Como resultado de los servicios mi niño y/o familia recibieron: por favor responda basado en la relaciones con personas diferentes de su proveedor(es) de salud mental.

23. Conozco gente que escuchará y me entenderá cuando necesito hablar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo personas con las que me siento cómodo hablando acerca del problema de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. En una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de familia o amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Tengo a la personas con quien puedo hacer cosas agradables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. ¿Cuál ha sido la cosa más provechosa sobre los servicios usted y su hijo(a) recibieron durante los 6 meses pasados?

28. ¿Qué mejoraría los servicios aquí? _____

¡¡ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR!!

Nombre de Agencia de Servicio _____

NOMBRE de RBHA: _____ Instalación ID: _____

El Estado de Derecho del Cliente: TXIX TXXI

Ubicación de la Encuesta: Casa Clínica Cliente inscrito en: DES/DDD

ENCUESTA PARA FAMILIAS DE JOVENES QUE RECIBIERON SERVICIOS EN EL AÑO 2008

Por favor ayúdenos a mejorar nuestro programa completando esta encuesta sobre los servicios que usted ha recibido en los últimos seis meses. Estamos interesados en su opinión honesta. Todas las respuestas serán tratadas como confidenciales. Cualquier información personal será excluida en la presentación de los resultados de esta encuesta.

Los servicios actuales y/o futuros de su hijo(a) o la familia no serán afectados si usted decide no participar en esta encuesta.

Si usted ha tomado ya esta encuesta en los meses de abril o mayo de 2008, entonces no tiene que completarla otra vez.

Después de que usted ha finalizado, por favor doble la hoja y deposítela en la caja de encuestas, antes de usted salga de la oficina hoy. Gracias.

Use Pluma o Lápiz

Por favor rellene las burbujas completamente con sus respuestas a las preguntas siguientes:

Información sobre los servicios de Recepción de Persona:

La Edad del Niño: _____

El Sexo del Niño: Hombre Mujer

La Pertenencia étnica del Niño Hispano o Latino No Hispano o Latino

Por favor compruebe todas las categorías de raza aplicables:

La Raza del Niño: Blanco Americano negro/Africano Americano Asiático
 Americano Nativo/ Nativo de Alaska Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico

¿Cuánto tiempo ha estado su hijo(a) recibiendo servicios de salud mental y/o de abuso de sustancias? (De este proveedor)

0 - 6 meses 7 - 11 meses 1 - 2 años 3 - 5 años más de 5 años

Por favor indique su relación con el niño: Padre/Guardián Amigo
 Pariente (Tío, Tía, Primo, Abuelo, etc.)
 Otro

¿Tiene su familia un Equipo de Niño y Familia? Sí No

Por favor siga contestando preguntas en la siguiente página.