

## Reporte de Servicios de Salud Mental de Pennsylvania Opinión del Consumidor del Adulto del Cuidado

Circule por favor todas las respuestas que mejor le describen.

1. Sexo	Varón	Hembra				
2. Edad	18-21	22-44	45-64	65+		
3. Raza (Circule todos que se aplican)	Blanco	Negro o Americano Africano	Asiático	Indio Americano o Natural Americano de Alaska	Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico	Otro (liste)
4. Etnicidad (Circule uno)	Hispano o Latino Origen	No Hispano o Latino				
5. ¿En qué condado de Pennsylvania vive? (Escribe el nombre del condado.)						

### Reporte de Servicios Recibidos por el Adulto

Califique por favor los servicios específicos que usted recibió durante el período 7/1/04 hasta 6/30/05. Por cada servicio que usted recibió, circule un grado que mejor exprese su sentir acerca del servicio. "A" es excelente, "C" es promedio y "F" está fallando. Si usted no recibió el servicio específico, circule "NA", para indicar que el servicio es "no aplicable" a usted.

1. Servicios psiquiátricos a paciente no hospitalizado, a menos que el servicio haya sido provisto en un hospital mental del estado.	A	B	C	D	F	NA
2. Desintoxicación de la droga y del alcohol a paciente hospitalizado.	A	B	C	D	F	NA
3. Servicios parciales psiquiátricos.	A	B	C	D	F	NA
4. Rehabilitación de la droga y del alcohol a paciente hospitalizado.	A	B	C	D	F	NA
5. Clínica psiquiátrica para paciente no internado, psicólogo licenciado y servicios de psiquiatra.	A	B	C	D	F	NA
6. Servicios de drogas y alcohol a paciente no internado, incluyendo servicios intensivos para paciente no internado y de la metadona.	A	B	C	D	F	NA
7. Metadona y LAAM (Levo-Alpha-Acetyl-Methadol) cuando se utiliza para tratar dependencia narcótica/de opio y dispensado por un proveedor de servicios de la droga y del alcohol.	A	B	C	D	F	NA
8. Estudios de laboratorio ordenados por médicos que tratan trastornos de conducta y servicios de clozapine.	A	B	C	D	F	NA
9. Servicios de intervención de crisis con capacidad de ser proporcionados en el hogar.	A	B	C	D	F	NA
10. Manejo de caso de salud mental (manejo de caso intensivo y coordinación de recursos).	A	B	C	D	F	NA

**Reporte de Servicios de Salud Mental de Pennsylvania  
Opinión del Consumidor del Adulto del Cuidado**

**Encuesta de Satisfacción Del Consumidor Adulto**

**Para mejorar los servicios de salud mental, necesitamos saber lo que usted piensa del cuidado que usted ha recibido durante el período 7/1/04 hasta 6/30/05, la gente que lo proporcionó, y los resultados. Hay el espacio en el fondo de la encuesta para sus comentarios.**

Indique por favor su acuerdo/desacuerdo con cada uno de las declaraciones siguientes circulando el número que mejor representa su opinión. Si la pregunta es sobre algo que usted no ha experimentado, circule número "9", para indicar que es "no aplicable" a usted.	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>No estoy de Acuerdo</b>	<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	<b>No Aplicable</b>
1. Estoy a gusto con los servicios de salud mental que recibí.	1	2	3	4	5	9
2. Si tuviera otras opciones, elegiría quedarme recibiendo los servicios de estas agencias.	1	2	3	4	5	9
3. Recomendaría este agencia a un amigo o miembro de la familia.	1	2	3	4	5	9
4. La localización de los servicios era conveniente (estacionamiento, transporte público, distancia, etc.)	1	2	3	4	5	9
5. Mis proveedores de servicios estaban dispuestos a ver me tan a menudo cuando sea necesario.	1	2	3	4	5	9
6. Mis llamadas a los proveedores de servicios fueron devueltas en un plazo de 24 horas.	1	2	3	4	5	9
7. Los servicios estaban disponibles en el momento que me convenían.	1	2	3	4	5	9
8. Pude conseguir algunos de los servicios de salud mental que deseé.	1	2	3	4	5	9
9. Pude ver a un psiquiatra cuando quise.	1	2	3	4	5	9
10. Mis proveedores de servicios creyeron que podría crecer como persona, cambiar y recuperarme.	1	2	3	4	5	9
11. Me sentía cómodo haciendo preguntas acerca de mi tratamiento y medicamentos.	1	2	3	4	5	9
12. Sentí que podría quejarme en libertad acerca de mi tratamiento.	1	2	3	4	5	9
13. Me dieron la información sobre mis derechos.	1	2	3	4	5	9
14. Me animaron a que tomara responsabilidad de cómo vivo mi vida.	1	2	3	4	5	9

**Reporte de Servicios de Salud Mental de Pennsylvania  
Opinión del Consumidor del Adulto del Cuidado**

**Encuesta de Satisfacción Del Consumidor Adulto**

**Para mejorar los servicios de salud mental, necesitamos saber lo que usted piensa del cuidado que usted ha recibido durante el período 7/1/04 hasta 6/30/05, la gente que lo proporcionó, y los resultados. Hay espacio en el final del examen a comentar respecto a cualesquiera de sus respuestas.**

Indique por favor su acuerdo/desacuerdo con cada uno de las declaraciones siguientes circulando el número que mejor representa su opinión. Si la pregunta es sobre algo que usted no ha experimentado, circule número "9", para indicar que es "no aplicable" a usted.	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>No estoy de Acuerdo</b>	<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	<b>No Aplicable</b>
15. Los proveedores de servicios me dijo qué efectos secundarios a mirar para con mi medicación mental de la salud.	1	2	3	4	5	9
16. Los proveedores de servicios respetó mis deseos sobre quién es y quién no debe ser dada la información sobre mi tratamiento.	1	2	3	4	5	9
17. Yo, junto con mis proveedores de servicios, decidimos mis metas del tratamiento.	1	2	3	4	5	9
18. Mis proveedores de servicios fueron sensibles con mi cultura (raza, religión, lengua, etc.)	1	2	3	4	5	9
19. Mis proveedores de servicios me ayudaron a conseguir la información que necesitaba para así cuidar de mi enfermedad.	1	2	3	4	5	9
20. Me animaron a que utilizara programas operados por consumidores (los grupos de apoyo, centros de visita, la línea telefónica de la crisis, etc.)	1	2	3	4	5	9
<b>Como un resultado directo de servicios que recibí:</b>						
21. Trato mejor con problemas del diario vivir.	1	2	3	4	5	9
22. Debido a el cuidado recibido, puedo controlar mi vida mejor.	1	2	3	4	5	9
23. Debido a el cuidado recibido, pude tratar con una crisis.	1	2	3	4	5	9
24. Debido a el cuidado recibido, me llevo mucho mejor con mi familia.	1	2	3	4	5	9
25. Debido a el cuidado recibido, estoy haciendo mejor en situaciones sociales.	1	2	3	4	5	9
26. Debido a el cuidado recibido, estoy haciendo mejor en el trabajo/escuela.	1	2	3	4	5	9
27. Debido a el cuidado recibido, mi condición de vivienda está mucho mejor.	1	2	3	4	5	9
28. Debido a el cuidado recibido, mis síntomas no me están incomodando tanto.	1	2	3	4	5	9
29. Hago las cosas que son más significativas para mí.	1	2	3	4	5	9
30. Estoy mejor capacitado para cuidar de mis necesidades	1	2	3	4	5	9
31. Estoy mejor capacitado para manejar las cosas cuando estas no salen bien.	1	2	3	4	5	9
32. Estoy mejor capacitado para hacer las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5	9

**Reporte de Servicios de Salud Mental de Pennsylvania  
Opinión del Consumidor del Adulto del Cuidado**

**Encuesta de Satisfacción Del Consumidor Adulto**

**Para las preguntas 33-36 conteste por favor para las relaciones con las personas con excepción de sus abastecedores mentales de la salud**

Indique por favor su acuerdo/desacuerdo con cada uno de las declaraciones siguientes circulando el número que mejor representa su opinión. Si la pregunta es sobre algo que usted no ha experimentado, circule número "9", para indicar que es "no aplicable" a usted.	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>No estoy de Acuerdo</b>	<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	<b>No Aplicable</b>
33. Estoy contento con las amistades que tengo.	1	2	3	4	5	9
34. Tengo a personas con quien puedo hacer cosas agradables.	1	2	3	4	5	9
35. Yo me siento que pertenezco en mi comunidad.	1	2	3	4	5	9
36. En una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de la familia y amigos.	1	2	3	4	5	9

**Conteste por favor a las preguntas siguientes, para que nosotros podemos saber como usted esta haciendo.**

37. ¿Usted todavía esta recibiendo servicios mental por este abastecedor?	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
---	-----------	-----------	--

38. ¿Por cuanto tiempo usted esta recibiendo servicios mental por este abastecedor? (SELECCIONE UNO)

Menos de un año (menos de 12 meses) **Comencé a la pregunta 39**       Un año o mas (por lo menos 12 meses) **Comencé a la Pregunta 42**

39. ¿Usted ha sido arrestado desde que usted comenzó a recibir servicios mentales?	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
--	-----------	-----------	--

40. ¿Usted ha sido arrestado durante los 12 meses antes de comenzar servicios médicos mentales?	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
---	-----------	-----------	--

**41. Desde que usted comenzó a recibir servicios mental, ha sido sus contacto con la policía (CIRCULO UNO)**

a. Ha sido reducido (por ejemplo, no han sido arrestado, molestado por la policía, llevado por la policía a un programa del abrigo o a un programa de crisis)	permanecía igual	c. aumentado	d. no aplicable (no han tenido ningún contacto con la policía este año, o el año pasado)
---	------------------	--------------	--

**Por favor, conteste los siguientes preguntas 42-44 si usted estado recibiendo servicios mentales por lo menos de 12 meses**

42. ¿Usted ha sido arrestado durante los pasados 12 meses?	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
43. ¿Usted ha sido arrestado durante los 12 meses anteriores?	<b>Sí</b>	<b>No</b>	

**44. Durante el año pasado, sus contactos con la policía (CIRCULO UNO)**

a. Ha sido reducido (por ejemplo, no han sido arrestado, molestado por la policía, llevado por la policía a un programa del abrigo o a un programa de crisis)	b. permanecía igual	c. aumentado	d. no aplicable (No ha tenido ningún contacto con la policía este año, o el año pasado)
---	---------------------	--------------	---

**Siéntase por favor libre utilizar este espacio para comentar respecto a cualesquiera de sus respuestas. También, si hay las áreas lo cual no fueron cubiertas por este cuestionario que usted se siente que debe ser mencionado, por favor escríbalo aquí.**