

Información De Carácter General Del Niño/Adolescente

Circule por favor las respuestas que mejor le describen a su niño o adolescente.

1. Sexo	Varón	Hembra				
2. Edad	0-5	6-12	13-17			
3. Raza (Circule todos que se aplican)	Blanco	Negro o Americano Africano	Asiático	Indio Americano o Natural Americano de Alaska	Nativo de Hawaii 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 Niño/Adolescente

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

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. Exámenes y tratamientos preventivos de salud para niños y adolescentes (BHRS).	A	B	C	D	F	NA
7. Servicios de tratamiento residencial para niños y adolescentes (JCAHO acreditado o non-JCAHO).	A	B	C	D	F	NA
8. Servicios de drogas y alcohol para paciente no internado, incluyendo servicios intensivos a paciente no internado.	A	B	C	D	F	NA
9. Estudios de laboratorio ordenados por médicos que tratan trastornos de conducta y servicios de clozapine.	A	B	C	D	F	NA
10. Servicios de intervención de crisis con capacidad de ser proporcionados en el hogar.	A	B	C	D	F	NA
11. Manejo de caso de salud mental (manejo de caso intensivo y coordinación de recursos).	A	B	C	D	F	NA
12. Servicios de Salud Mental para todo la Familia (Family Based Mental Health Services).	A	B	C	D	F	NA

Reporte de Servicios de Salud Mental de Pennsylvania
Encuesta de Satisfacción de la Familia

Estamos interesados en aprender cómo usted se siente acerca del cuidado de su niño(a) o adolescente recibido durante el período 7/1/04 hasta 6/30/05. Por cada pregunta circule la respuesta correspondiente. Si la pregunta no se aplica a usted, circule "9", para indicar que la pregunta es "NA", o no aplicable. Hay el espacio en el fondo de la encuesta para comentar respecto a cualesquiera de sus respuestas.

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	No estoy de Acuerdo	Totalmente en Desacuerdo	No Aplicable
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que mi niño(a) ha recibido aquí.	1	2	3	4	5	9
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi niño(a).	1	2	3	4	5	9
3. Yo ayudé a escoger las metas de tratamiento para mi niño(a).	1	2	3	4	5	9
4. Las personas que estaban ayudando a mi niño(a) estuvieron con nosotros en todo momento.	1	2	3	4	5	9
5. Me sentí que mi niño(a) tenía alguien con quien hablar cuando él o ella estaba molesto/a.	1	2	3	4	5	9
6. Yo participe frecuentemente en el tratamiento de mi niño(a).	1	2	3	4	5	9
7. Los servicios que mi niño(a) recibió eran los indicados para nosotros.	1	2	3	4	5	9
8. La localidad donde recibía los servicios era conveniente para nosotros.	1	2	3	4	5	9
9. Los servicios se ofrecían en horas que eran convenientes para nosotros.	1	2	3	4	5	9
10. Recibimos la ayuda que queríamos para mi niño(a).	1	2	3	4	5	9
11. Recibimos toda la ayuda que necesitábamos para mi niño(a).	1	2	3	4	5	9
12. Los proveedores me trataron con respeto.	1	2	3	4	5	9
13. Los proveedores respetaron las creencia religiosas/espirituales de mi familia.	1	2	3	4	5	9
14. Los proveedores me hablaron de manera que yo entendiera.	1	2	3	4	5	9
15. Los proveedores respetaron mi raza /cultura y antecedentes étnicos.	1	2	3	4	5	9

Encuesta de Satisfacción de la Familia
(Continuación)

Estamos interesados en aprender cómo usted se siente acerca del cuidado de su niño(a) o adolescente recibido durante el período 7/1/04 hasta 6/30/05. Por cada pregunta circule la respuesta correspondiente. Si la pregunta no se aplica a usted, circule "9", para indicar que la pregunta es "NA", o no aplicable. Hay el espacio en el fondo de la encuesta para comentar respecto a cualesquiera de sus respuestas.

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	No estoy de Acuerdo	Totalmente en Desacuerdo	No Aplicable
Debido al cuidado recibido:						
16. Mi niño(a) se puede enfrentar mejor a la vida diaria.	1	2	3	4	5	9
17. Mi niño(a) se lleva mejor con los miembros de mi familia.	1	2	3	4	5	9
18. Mi niño(a) se lleva mejor con mis amigos y otras personas.	1	2	3	4	5	9
19. Mi niño(a) está mejor en la escuela y/o en el trabajo.	1	2	3	4	5	9
20. Mi niño(a) puede enfrentarse mejor cuando las cosas van mal.	1	2	3	4	5	9
21. Ahora estoy satisfecho/a con mi vida familiar.	1	2	3	4	5	9
22. Mi niño esta mejor capacitado para hacer las cosas que él o ella quiere hacer.	1	2	3	4	5	9
Como resultado de los servicios que mi niño/familia recibió: <i>Por favor, respuesta para las relaciones con las personas con excepción de sus abastecedores mentales de la salud.</i>						
23. Conozco personas que me escuchan y entienden cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	9
24. Tengo a personas con las cuales me siento cómodo hablando acerca de los problemas de mi niño.	1	2	3	4	5	9
25. En una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de la familia y amigos.	1	2	3	4	5	9
26. Tengo a personas con quien puedo hacer cosas agradables.	1	2	3	4	5	9
27. ¿Cual ha sido la cosa mas provechosa sobre los servicios usted y su niño recibidos durante los 6 meses pasados?						
28. ¿ Qué mejoraría los servicios aquí?						
29. ¿Su niño(a) esta viviendo actualmente con usted? (circule uno)	Sí	No				
30. ¿ Su niño(a) ha vivido en cualesquiera de los lugares siguientes en los 6 meses pasados?(CIRCULE TODOS QUE SE APLICAN)						
a. Con uno o ambos padres	b. Con otro miembro de la familia	c. Hogar Foster	d. Hogar Foster terapéutico	e. Abrigo de crisis	f. Abrigo sin hogar	g. Grupo Casero
h. Centro residencial del tratamiento	i. Hospital	j. Facilidad local de la cárcel o de la detención	k. Facilidad correccional del estado	l. Nómada del fugitivo en las calles	m. Otro (describe)	

**Encuesta de Satisfacción de la Familia
(Continuación)**

31. En el año pasado, su niño(a) vio a un doctor medico (o una enfermera) para un examen de salud porque el/ella estaba enfermo? (Circulo uno)	Sí, en la clínica o en la oficina	Sí, en un cuarto de emergencia de hospital	No	No me recuerdo
32. ¿Esta su niño(a) en la medicación para los problemas del comportamiento emocionales?	Sí		No	
32a. ¿Si el doctor o la enfermera le dijo a usted o a su niño sobre que efectos secundarios mirar?	Sí		No	
33. ¿Su niño(a) todavía esta recibiendo servicios en este centro?	Sí		No	
34. Por cuanto tiempo su hijo(a) recibió tratamiento en este centro? (SELECCIONE UNO)				
<input type="checkbox"/> Menos de un mes Continúan preguntando 35 a 40 <input type="checkbox"/> 1-2 meses Continúan preguntando 35 a 40 <input type="checkbox"/> Mas de un año (Continúan preguntando 41 a 46) <input type="checkbox"/> 3-5 meses Continúan preguntando 35 a 40 <input type="checkbox"/> 6 meses para un año Continúan preguntando 35 a 40				
35. Arrestaron a su niño(a) desde comenzar a recibir servicios médicos mentales?	Sí	No		
36. ¿Su niño(a) ha sido arrestado durante los 12 meses antes de eso?	Sí	No		
37. Puesto que su niño(a) comenzó a recibir servicios médicos mentales, tenga 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 de la crisis)	b. permanecía igual	c. aumentado	d. no aplicable (no han tenido ningún contacto con la policía este año, o el año pasado)	
38. ¿Expelieron o suspendieron a su niño(a) desde empezando los servicios?	Sí	No		
39. ¿Expelieron o suspendieron a su niño(a) durante los 12 meses anterior?	Sí	No		
40. Desde comenzar a recibir servicios, el numero de días que mi niño(a) estaba en escuela es:				
<input type="checkbox"/> a. mayor <input type="checkbox"/> d. No aplica (por favor selecto porque esto no se aplica) <input type="checkbox"/> b. casi igual <input type="checkbox"/> i. el niño es demasiado joven para estar en la escuela <input type="checkbox"/> c. menos <input type="checkbox"/> ii. Expelieron el niño de la escuela <input type="checkbox"/> iii. enseñan el niño en la casa <input type="checkbox"/> iv. quitaron a su niño de la escuela <input type="checkbox"/> v. Otro: _____				
Por favor conteste los siguiente preguntas 41-46 si usted esta recibiendo servicios mentales por mas de un año				
41. ¿Su niño(a) ha sido arrestado durante de los pasado 12 meses?	Sí	No		
42. ¿Su niño(a) ha sido arrestado durante de los 12 meses antes de eso?	Sí	No		
43. Desde que su niño(a) comenzó a recibir servicios médicos mentales, ha tenido encuentro 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 de la crisis)	b. permanecía igual	c. aumentado	d. no aplicable (no han tenido ningún contacto con la policía este año, o el año pasado)	
44. ¿Expelieron o suspendieron a su niño(a) durante los 12 meses anterior?	Sí	No		

Encuesta de Satisfacción de la Familia
(Continuación)

45. ¿Su niño(a) ha sido arrestado durante los 12 meses antes de eso?

Sí

No

46. Desde empezando de recibir servicios los días que mi niño(a) estuvo en la escuela es:

a. Mayor

b. permanecía igual

c. menos

d. No aplica (por favor selecto porque esto no se aplica)

i. el niño es demasiado joven para estar en la escuela

ii. Expelieron el niño de la escuela

iii. enseñan el niño en la casa

iv. quitaron a su niño de la escuela

v. Otro: _____

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.