

**Departamento de Servicios de Salud Mental,
Retraso Mental & Alcoholismo de la Ciudad de Nueva York**

**Encuesta al Consumidor Adulto de Servicios de Salud Mental (MH-ACS)
Programas de Tratamiento Clínico**

NOTA: Este cuestionario debe completarse solamente una vez. Si Usted ya lo completó durante el transcurso del mes, no lo haga nuevamente.

Fecha de hoy: _____

Programa: _____

¿Comenzó este programa antes del 1 de octubre del año en curso? ____ ____

Si No

Por favor, indique con un círculo la respuesta que mejor representa su opinión sobre cada una de las preguntas que se formulan a continuación.

Responda las preguntas considerando únicamente el programa que le solicitó esta encuesta. Si está participando en otros programas, no los tenga en cuenta en este momento. Asimismo, por favor asegúrese de que sus respuestas reflejan su experiencia general dentro del programa

	1	2	3	4	5	0
1. Me gustan los servicios que recibo en este programa	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
2. Aunque tuviera oportunidad de seleccionar servicios en otros programas, aún preferiría los servicios de este programa	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
3. Le recomendaría este programa a una amiga/ o un amigo o familiar	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable

	1	2	3	4	5	0
4. El programa está localizado en un sitio conveniente (estacionamiento, transporte público, distancia, entre otras razones)	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
5. El personal a cargo del programa está dispuesto a reunirse conmigo tantas veces como yo lo crea necesario	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
6. Mis llamadas a este programa son contestadas dentro de (en menos de) 24 horas	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
7. Los servicios del programa son ofrecidos en un horario que me conviene	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
8. Este programa brinda los servicios que yo creo que necesito	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable

**Departamento de Servicios de Salud Mental,
Retraso Mental & Alcoholismo de la Ciudad de Nueva York**

**Encuesta al Consumidor Adulto de Servicios de Salud Mental (MH-ACS)
Programas de Tratamiento Clínico**

	1	2	3	4	5	0
9. El personal del programa considera que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
10. Me siento en libertad de presentar quejas o problemas dentro del programa	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
11. El personal del programa me informa sobre los efectos secundarios de los medicamentos a los que debo estar pendiente	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
12. El programa respeta mis deseos con respecto a quién debe darse información sobre mi tratamiento y a quién no.	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
13. El personal del programa toma en cuenta mi origen racial y cultural	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
14. El personal del programa me ayuda a obtener la información que necesito para que me haga cargo del manejo de mi enfermedad	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable

	1	2	3	4	5	0
<u>Como resultado directo de los servicios que recibo en este programa</u>						
15. Puedo bregar mas efectivamente con los problemas diarios.	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
16. Estoy mejor capacitado para controlar mi vida	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
17. Estoy en mejor condición para controlar las crisis	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
18. Me estoy relacionando mejor con mi familia	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
19. Puedo desempeñarme mejor en situaciones sociales	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
20. Puedo desenvolverme mejor en la escuela y/o en el trabajo	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable
21. Mis síntomas no me molestan tanto	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Soy neutral	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No aplicable

For Questions about this survey please contact:
Robin Wunsch-Hitzig <rwunsch@dmh.nyc.gov> at the NYC Department of Mental Health