Spanish

For FIELD-BASED SERVICES ONLY
Los Angeles County - Department of Mental Health

Adult / Older Adult MHSIP Survey

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciará en los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. Por favor rellene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.

EJEMPLO: ● Correcto ⊗ ⊘ ⊙ Incorrecto

		Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1	La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	○	○	○	○	○	○
2	El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	○	○	○	○	○	○
3	Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
4	El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	○	○	○	○	○	○
5	Es más fácil para mi tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
6	Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
7	Mis síntomas no me molestan tanto como antes.	○	○	○	○	○	○

Fecha de Nacimiento

Month		Date		Year			
				1	9		

¿Cuál es su sexo?

- ○ Femenino
- ○ Masculino
- ○ Otro

¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No sé

¿Cuál es su raza?

(Por favor marque todas las respuestas que apliquen.)

○	Indio Americano / Nativo de Alaska	○	Nativo de Hawai / De otras Islas del Pacífico
○	Asiático	○	Anglosajón / Blanco
○	Afro-Americano / Negro	○	Otro
		○	No sé

FOR OFFICE USE ONLY

Client MIS/IS Number

Clinic IS Number

Service Area

Reason

- ○ REFUSED
- ○ IMPAIRED
- ○ LANG
- ○ OTHER

MAY 2009

A SP