

Please help our agency make services better by answering some questions. Your answers are confidential and will not influence current or future services you receive. **For each survey item below, please fill in the circle that corresponds to your choice. Please fill in the circle completely.** EXAMPLE: Correct ☐ Incorrect ☒

MHSIP Consumer Survey*:

Please answer the following questions based on the **LAST 6 MONTHS** OR if you have not received services for 6 months, just give answers based on the services you have received so far. Indicate if you **Strongly Agree**, **Agree**, are **Neutral**, **Disagree**, or **Strongly Disagree** with each of the statements below. If the question is about something you have not experienced, fill in the circle for **Not Applicable** to indicate that this item does not apply to you.

	Strongly Agree	Agree	I am Neutral	Disagree	Strongly Disagree	Not Applicable
1. I like the services that I received here.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. If I had other choices, I would still get services from this agency.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. I would recommend this agency to a friend or family member.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. The location of services was convenient (parking, public transportation, distance, etc.).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Staff were willing to see me as often as I felt it was necessary.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Staff returned my calls within 24 hours.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Services were available at times that were good for me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. I was able to get all the services I thought I needed.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. I was able to see a psychiatrist when I wanted to.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Staff here believe that I can grow, change and recover.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. I felt comfortable asking questions about my treatment and medication.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. I felt free to complain.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. I was given information about my rights.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Staff encouraged me to take responsibility for how I live my life.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Staff told me what side effects to watch out for.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Staff respected my wishes about who is, and who is not to be given information about my treatment.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. I, not staff, decided my treatment goals.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Staff were sensitive to my cultural background (race, religion, language, etc.).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Staff helped me obtain the information I needed so that I could take charge of managing my illness.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. I was encouraged to use consumer-run programs (support groups, drop-in centers, crisis phone line, etc.).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
As a direct result of the services I received:	Strongly Agree	Agree	I am Neutral	Disagree	Strongly Disagree	Not Applicable
21. I deal more effectively with daily problems.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. I am better able to control my life.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

CONTINUED ON NEXT PAGE...

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



As a direct result of the services I received:

	Strongly Agree	Agree	I am Neutral	Disagree	Strongly Disagree	Not Applicable
23. I am better able to deal with crisis.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. I am getting along better with my family.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. I do better in social situations.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. I do better in school and /or work.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. My housing situation has improved.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. My symptoms are not bothering me as much.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. I do things that are more meaningful to me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. I am better able to take care of my needs.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. I am better able to handle things when they go wrong.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. I am better able to do things that I want to do.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

For Questions #33-36, please answer for relationships with persons other than your mental health provider(s).

As a direct result of the services I received:

	Strongly Agree	Agree	I am Neutral	Disagree	Strongly Disagree	Not Applicable
33. I am happy with the friendships I have.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. I have people with whom I can do enjoyable things.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. I feel I belong in my community.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. In a crisis, I would have the support I need from family or friends.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

CONTINUED ON NEXT PAGE...



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



Please answer the following questions to let us know how you are doing.

1. Approximately, how long have you received services here?

- ☐ This is my first visit here. ☐ 1 - 2 Months ☐ More than 1 year
☐ I have had more than one visit but I have received services for less than one month. ☐ 3 - 5 Months ☐ 6 months to 1 year

Please answer Questions #2 - 4, below, if you have been receiving services for ONE YEAR OR LESS. If you have been receiving services for "MORE THAN ONE YEAR," please **SKIP** to Questions #5.

2. Were you arrested since you began to receive mental health services? ☐ Yes ☐ No

3. Were you arrested during the 12 months prior to that? ☐ Yes ☐ No

4. Since you began to receive mental health services, have your encounters with the police . . .

- ☐ been reduced (for example, I have not been arrested, hassled by police, taken by police to a shelter or crisis program)
☐ stayed the same
☐ increased
☐ not applicable (I had no police encounters this year or last year)

SKIP to Question #8, below ↓

Please answer Questions #5 - 7 only if you have been receiving mental health services for "MORE THAN ONE YEAR."

5. Were you arrested during the last 12 months? ☐ Yes ☐ No

6. Were you arrested during the 12 months prior to that? ☐ Yes ☐ No

7. Over the last year, have your encounters with the police . . .

- ☐ been reduced (for example, I have not been arrested, hassled by police, taken by police to a shelter or crisis program)
☐ stayed the same
☐ increased
☐ not applicable (I had no police encounters this year or last year)

Please answer the following questions to let us know a little about you.

8. What is your gender? ☐ Female ☐ Male ☐ Other

9. Are you of Mexican / Hispanic / Latino origin? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

10. What is your race? (Please mark all that apply.)

- ☐ American Indian / Alaskan Native ☐ Native Hawaiian / Other Pacific Islander ☐ Unknown
☐ Asian ☐ White / Caucasian
☐ Black / African American ☐ Other

CONTINUED ON NEXT PAGE...

11. What is your date of birth? (Write it in the boxes AND fill in the circles that correspond. See Example.)

Date of Birth (mm-dd-yyyy)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EXAMPLE: Date of birth on April 30, 1967:

1. Write in your date of birth → 04 - 30 - 1967

2. Fill in the corresponding circles

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

12. Were the services you received provided in the language you prefer? ☐ Yes ☐ No
13. Was written information (e.g., brochures describing available services, your rights as a consumer, and mental health education materials) available to you in the language you prefer? ☐ Yes ☐ No
14. What was the primary reason you became involved with this program? (Mark one):
- ☐ I decided to come in on my own.
- ☐ Someone else recommended that I come in.
- ☐ I came in against my will.
15. Please identify who helped you complete any part of this survey (Mark all that apply):
- ☐ I did not need any help. ☐ A professional interviewer helped me.
- ☐ A mental health advocate / volunteer helped me. ☐ My clinician / case manager helped me.
- ☐ Another mental health consumer helped me. ☐ A staff member other than my clinician or case manager helped me.
- ☐ A member of my family helped me. ☐ Someone else helped me. Who?: _____
16. Please provide comments here and /or on the back of this form, if needed. We are interested in both positive and negative feedback. Also, if there are areas which were not covered by this questionnaire which you feel should have been, please write them here. Thank you for your time and cooperation in completing this questionnaire.

Thank you for taking the time to answer these questions!

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

Date of Survey Administration:

0	8	-			-	2	0	1	2
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Reason (if applicable):

☐ Ref ☐ Imp ☐ Lan ☐ Oth

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

County Reporting Unit:

--	--	--	--	--	--	--	--

12378



BẢN THĂM DÒ Ý KIẾN NGƯỜI LỚN

Xin vui lòng giúp cơ quan chúng tôi cung ứng dịch vụ tốt hơn bằng cách trả lời một số các câu hỏi. Câu trả lời của quý vị sẽ được giữ kín và sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ mà quý vị đang nhận hoặc sẽ nhận trong tương lai. Xin trả lời các câu hỏi sau đây bằng cách tô vào ô tròn tương ứng với chọn lựa của quý vị. Xin tô đầy ô tròn.

Thí dụ: Đúng ● Không đúng ✕ ✓

Khảo Sát Người Dùng Các Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Trí (MHSIP)*:

Xin trả lời các câu hỏi sau đây dựa trên dịch vụ quý vị nhận được trong 6 tháng qua. Nếu quý vị nhận dịch vụ dưới 6 tháng, xin trả lời dựa trên dịch vụ nhận được cho đến nay. Cho biết là quý vị Hoàn toàn đồng ý, Đồng ý, Không có ý kiến, Không đồng ý hay Hoàn toàn không đồng ý, với mỗi câu hỏi dưới đây. Nếu có câu hỏi về những gì quý vị không trải qua, tô vào ô tròn Không áp dụng để cho biết câu hỏi đó không áp dụng cho quý vị.

	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không có ý kiến	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không áp dụng
1. Tôi thích các dịch vụ tôi nhận tại đây.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Nếu được lựa chọn, tôi vẫn tiếp tục nhận dịch vụ tại cơ quan này.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tôi sẽ giới thiệu cơ quan này đến bạn hữu và thân nhân.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Địa điểm nhận dịch vụ thuận tiện cho tôi (đậu xe, chuyên chở công cộng, khoảng cách đường đi, v.v...).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Các nhân viên sẵn sàng gặp tôi thường xuyên nếu tôi thấy cần thiết.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Các nhân viên hồi đáp điện thoại của tôi trong vòng 24 giờ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Các dịch vụ được cung ứng ở những thời điểm thuận tiện cho tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Tôi đã nhận được đầy đủ các dịch vụ tôi cần.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Tôi có thể gặp bác sĩ tâm thần khi tôi muốn.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Các nhân viên tại đây tin rằng tôi có thể phát triển, thay đổi, và phục hồi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Tôi cảm thấy thoải mái khi nêu lên thắc mắc về việc chữa trị và thuốc men của tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Tôi cảm thấy được tự do than phiền.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Tôi được báo cho biết về quyền hạn của tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Các nhân viên khuyến khích tôi có trách nhiệm với lối sống của tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Các nhân viên cho tôi biết cần phải chú ý đến các phản ứng thuốc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Các nhân viên tôn trọng ý muốn của tôi về việc ai được biết và không được biết về sự chữa trị của tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Tôi là người quyết định các mục tiêu chữa trị chứ không phải các nhân viên.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Các nhân viên tế nhị đối với nguồn gốc văn hóa của tôi (chủng tộc, tôn giáo, ngôn ngữ, v.v...).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Các nhân viên giúp tôi thu thập thông tin cần thiết để tôi chủ động trong việc chữa trị của tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Tôi được khuyến khích sử dụng các chương trình do những người cùng hưởng dịch vụ điều hành (như nhóm hỗ trợ [support group], trung tâm đến trực tiếp [drop-in centers], đường dây điện thoại khủng hoảng [crisis phone line], v.v...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không có ý kiến	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không áp dụng
21. Tôi đối phó với các trở ngại hàng ngày được hiệu quả hơn.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Tôi có thêm khả năng làm chủ cuộc sống của tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kết quả trực tiếp của dịch vụ tôi đã nhận là:

21. Tôi đối phó với các trở ngại hàng ngày được hiệu quả hơn.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Tôi có thêm khả năng làm chủ cuộc sống của tôi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* Khảo Sát Người Dùng Các Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Trí (MHSIP) được phát triển qua nỗ lực cộng tác của người tiêu dùng, cộng đồng Chương Trình Cải Tiến Thống Kê Sức Khỏe Tâm Trí (MHSIP), và Trung Tâm cho Các Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Trí.

TIẾP TỤC TRANG SAU...

25853



Kết quả trực tiếp của dịch vụ tôi đã nhận là:

23. Tôi có thêm khả năng đối phó với những khủng hoảng.

24. Tôi hòa thuận với gia đình hơn.

25. Tôi tiến bộ hơn trong các vấn đề xã giao.

26. Tôi tiến bộ hơn trong trường học và (hoặc) trong công việc.

27. Tình trạng gia cư của tôi được tốt hơn.

28. Các triệu chứng không làm phiền tôi nhiều như trước đây.

29. Tôi làm những điều nào có ý nghĩa nhiều hơn đối với tôi.

30. Tôi có thể lo tốt hơn cho các nhu cầu của mình.

31. Tôi có thể giải quyết các vấn đề tốt hơn.

32. Tôi có thể làm tốt hơn những điều mà tôi muốn làm.

Đối với các câu hỏi từ 33-36, xin trả lời cho các quan hệ với những người không phải là (những) người cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần của quý vị

Kết quả trực tiếp của dịch vụ tôi đã nhận là:

33. Tôi hài lòng về tình bạn hữu mà tôi hiện có.

34. Tôi có những người mà tôi có thể cùng làm những việc vui thích.

35. Tôi cảm thấy tôi là thành viên trong cộng đồng của mình.

36. Trong một cuộc khủng hoảng, tôi sẽ có sự hỗ trợ mà tôi cần từ gia đình hoặc bạn bè.

Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không có ý kiến	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không áp dụng
------------------------	-----------	-----------------------	-----------------	---------------------------------	---------------------

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không có ý kiến	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không áp dụng
------------------------	-----------	-----------------------	-----------------	---------------------------------	---------------------

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

TIẾP TỤC TRANG SAU...



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

25853



Xin trả lời các câu hỏi sau đây để cho chúng tôi biết quý vị như thế nào.

1. Quý vị tiếp nhận dịch vụ tại đây phỏng chừng được bao lâu?

- ☐ Đây là lần đầu tiên tôi nhận dịch vụ tại đây ☐ 1 - 2 Tháng ☐ Trên 1 năm
☐ Tôi có đến đây vài lần nhưng nhận
dịch vụ chưa đầy một tháng. ☐ 3 - 5 Tháng
☐ 6 tháng - 1 năm

Xin trả lời cho các câu hỏi từ #2-4, dưới đây, nếu quý vị đã nhận các dịch vụ từ **MỘT NĂM TRỞ XUỐNG**.
Nếu quý vị đã nhận các dịch vụ 'HƠN MỘT NĂM,' xin **BỎ QUA** tới câu hỏi #5.

2. Quý vị có bị bắt kể từ khi bắt đầu nhận các dịch vụ về sức khỏe tâm thần hay không? ☐ Có ☐ Không
3. Quý vị có bị bắt trong thời kỳ 12 tháng trước đó không? ☐ Có ☐ Không
4. Kể từ khi quý vị bắt đầu nhận các dịch vụ, việc quý vị chạm trán với cảnh sát ...
☐ Có giảm bớt (thí dụ, quý vị không bị bắt, gặp rắc rối với cảnh sát, bị cảnh sát đưa tới một nơi tạm trú hoặc vào một chương trình khủng hoảng)
☐ Vẫn như cũ
☐ Gia tăng
☐ Không áp dụng (Tôi không chạm trán với cảnh sát trong năm nay hoặc năm ngoái)

BỎ QUA tới câu hỏi #8, dưới đây ↓

Xin trả lời cho các câu hỏi từ #5-7 **CHỈ KHI NÀO** quý vị đã nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần từ "**MỘT NĂM TRỞ LÊN**."

5. Quý vị có bị bắt trong 12 tháng qua không? ☐ Có ☐ Không
6. Quý vị có bị bắt trong thời kỳ 12 tháng trước khi bắt đầu các dịch vụ sức khỏe tâm thần không? ☐ Có ☐ Không
7. Trong năm qua, việc quý vị chạm trán với cảnh sát ...
☐ Có giảm bớt (thí dụ, quý vị không bị bắt, gặp rắc rối với cảnh sát, bị cảnh sát đưa tới một nơi tạm trú hoặc vào một chương trình khủng hoảng)
☐ Vẫn như cũ
☐ Gia tăng
☐ Không áp dụng (Tôi không chạm trán với cảnh sát trong năm nay hoặc năm ngoái)

Xin trả lời các câu hỏi sau đây để cho chúng tôi biết sơ lược về quý vị.

8. Giới tính của quý vị? ☐ Nữ ☐ Nam ☐ Giới tính khác
9. Quý vị có nguồn gốc Mễ Tây Cơ /Tây Ban Nha/La Tinh? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết
10. Chủng tộc của quý vị? (Đánh dấu tất cả những chủng tộc áp dụng cho quý vị).
☐ Mỹ da đỏ (American Indian) / Bản xứ Alaska ☐ Bản xứ Hawaii / Bán đảo Thái Bình Dương khác ☐ Không biết
☐ Á đông ☐ Da trắng / Chủng tộc da trắng
☐ Da đen / Mỹ gốc Phi Châu ☐ Chủng tộc khác

TIẾP TỤC TRANG SAU...

11. Ngày sinh của quý vị? (Viết vào các ô vuông VÀ tô đầy ô tròn tương ứng. Xem thí dụ.)

Ngày sinh (tháng-ngày-năm)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

THÍ DỤ: Ngày sinh là 30 tháng Tư, 1967:

1. Viết vào ngày sinh của quý vị → □□ - □□ - □□□□

2. Tô đầy ô tròn tương ứng

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

12. Các dịch vụ mà quý vị nhận đã được cung cấp bằng ngôn ngữ quý vị muốn không? ☐ Có ☐ Không

13. Các thông tin bằng văn bản (như tập sách mô tả các dịch vụ có sẵn, quyền hạn của quý vị là người dùng dịch vụ, và các tài liệu giáo dục về sức khỏe tâm trí) có viết bằng ngôn ngữ quý vị muốn không? ☐ Có ☐ Không

14. Nguyên nhân chánh làm cho quý vị gia nhập chương trình này? (Chọn một):

- ☐ Tôi tự quyết định gia nhập.
☐ Một người khác đề nghị tôi gia nhập.
☐ Tôi gia nhập ngoài ý muốn.

15. Xin cho biết ai giúp quý vị hoàn tất bất cứ phần nào của bản thăm dò ý kiến này (Đánh dấu tất cả những trường hợp áp dụng cho quý vị):

- ☐ Tôi không cần giúp đỡ.
☐ Người ủng hộ sức khỏe tâm trí (mental health advocate)/nhân viên tình nguyện (volunteer) giúp tôi.
☐ Một người dùng dịch vụ sức khỏe tâm trí khác giúp tôi.
☐ Thân nhân trong gia đình giúp tôi.
☐ Chuyên viên phỏng vấn giúp tôi.
☐ Chuyên viên điều trị (clinician)/người phụ trách ca bệnh lý (case manager) giúp tôi.
☐ Một nhân viên khác của cơ quan giúp tôi.
☐ Một người khác giúp tôi. Là ai?: _____

16. Xin cho ý kiến ở đây và/hoặc ở phía sau của mẫu này, nếu cần. Chúng tôi quan tâm đến mọi ý kiến cả xấu lẫn tốt. Ngoài ra, nếu có các lãnh vực nào không được bàn đến trong bản câu hỏi này mà quý vị cảm thấy đáng lẽ phải nêu ra, xin viết chúng vào đây. Xin cảm ơn quý vị đã dành thì giờ và hợp tác trong việc điền vào bản hỏi đáp này.

Cám ơn quý vị dành thời giờ trả lời các câu hỏi này!

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

□□

Date of Survey Administration:

□□ - □□ - □□□□

Reason (if applicable):

- ☐ Ref ☐ Imp ☐ Lan ☐ Oth

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

□□□□□□□□

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

- ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

- ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

- ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

County Reporting Unit:

25853

□□□□□□□□



Survey Dates:
August 2012

CALIFORNIA DEPARTMENT OF
Mental Health
ENCUESTA PARA ADULTOS

SPANISH
Adult 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 ☒

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basándose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, rellene el círculo que dice **No Aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. El personal me regresó mis llamadas dentro de 24 horas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Me dieron información sobre mis derechos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Como resultado directo de los servicios que recibí:

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Puedo controlar mi vida mucho mejor.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

27927

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Como resultado directo de los servicios que recibí:

23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis.

Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
----------------------------	------------	-------------	---------------	-------------------------------	-----------

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

24. Me llevo mejor con mi familia.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

27. Mi situación de vivienda a mejorado.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

29. Me involucro en cosas que son más significantes para mi.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

30. Soy más capaz de cuidar y ocuparme de mis necesidades.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

31. Soy más capaz de manejar las cosas cuando me salen mal.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

32. Soy más capaz de hacer cosas que yo quiero hacer.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Para preguntas #33-36 por favor responda tomando en cuenta las relaciones que usted tiene con otras personas que no sean su proveedor(es) de salud mental.

Como resultado directo de los servicios que recibí:

33. Estoy feliz con las amistades que tengo.

Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
----------------------------	------------	-------------	---------------	-------------------------------	-----------

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

34. Tengo gente con las cuales puedo hacer cosas agradables y que disfruto.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

35. Siento que pertenezco y soy parte de mi comunidad.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

36. En caso de una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber como usted se encuentra.

1. ¿Aproximadamente, ¿cuanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?

- ☐ Está es mi primera visita aquí. ☐ 1 a 2 meses ☐ Más de 1 año
☐ He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes. ☐ 3 a 5 meses ☐ 6 meses a 1 año

Por favor responda preguntas # 2 a 4, debajo, si usted ha estado recibiendo servicios por UN AÑO o MENOS. Si usted a estado recibiendo servicios por "MAS DE UN AÑO," por favor siga a la pregunta #5.

2. ¿Desde que empezó a recibir servicios de salud mental, ha sido usted arrestado? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antes de recibir servicios? ☐ Sí ☐ No
4. Desde que usted empezó a recibir servicios de salud mental, sus encuentros con la policía han:
☐ Disminuido (por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis)
☐ Mantenido igual
☐ Incrementado
☐ No aplica (No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado)

Pase a la pregunta # 8, debajo ↓

Por favor responda preguntas #5 a 7 nada más si usted a estado recibiendo servicios de salud mental "POR MAS DE UN AÑO."

5. ¿Fue usted arrestado durante los pasados 12 meses? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Fue usted arrestado durante los 12 meses antepasados? ☐ Sí ☐ No
7. Durante el año pasado, sus encuentros con la policía han:
☐ Disminuido (por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha sido llevado a un albergue o programa de crisis)
☐ Mantenido igual
☐ Incrementado
☐ No aplica (No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado)

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre usted.

8. ¿Cuál es su sexo? ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro
9. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
10. ¿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 ☐ Raza desconocida
☐ Asiático ☐ Anglosajón / Blanco
☐ Afro-Americano/Negro ☐ Otra raza

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

27927

11. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Escriba dentro de las cajas y rellene cada círculo que corresponda. Vea el Ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

		-			-				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es abril 30 de 1967

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1967

1. Escriba la fecha de nacimiento

2. Rellene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

12. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el idioma que usted prefirió? ☐ Sí ☐ No

13. ¿Hubo información escrita disponible para usted en el idioma que usted prefirió (por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental)? ☐ Sí ☐ No

14. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? (Marque solo una respuesta)

- ☐ Yo decidí venir por mi propia voluntad.
☐ Alguien más recomendó que yo viniera.
☐ Vine en contra de mi voluntad.

15. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta (Marque todas las respuestas que apliquen):

- ☐ No necesité ayuda.
☐ Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
☐ Otro usuario de servicios de salud mental me ayudó.
☐ Un miembro de mi familia me ayudó.
☐ Un entrevistador profesional me ayudó.
☐ Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
☐ Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
☐ Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

16. Estamos interesados en recibir sus comentarios ya sean positivos o negativos. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio, o si es necesario detrás de esta pagina. También nos interesa saber si hay áreas (preguntas) que no cubrimos, que usted piensa deberíamos de cubrir en este cuestionario. Si es así, por favor escríbalas aquí. Gracias por cooperar con nosotros y por tomar su tiempo para completar este cuestionario.

!Gracias por tomar el tiempo para responder estas preguntas!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

REQUIRED Information:

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	8	-			-	2	0	1	2
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Reason (if applicable):

- ☐ Ref ☐ Imp ☐ Lan ☐ Oth

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

- ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

- ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

- ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20

County Reporting Unit:

--	--	--	--	--	--	--	--

27927

--	--	--	--	--	--	--	--

請填寫這一份問卷表來幫助我們改進未來對您的服務。我們對您的答案會保守秘密，並且只用於評估改進我們的服務。

回答下面的問題請把您選擇的圓圈塗黑。

正確塗法 ● 錯誤塗法 ✕ ✓

心理保健統計改進計劃患者問卷*

請根據您過去六個月的經驗回答以下的問題。如果您接受此項服務還不到六個月，就根據您現有的經驗。請標出您對每一個問題的看法是“非常同意”，“同意”，“無意見”，“不同意”和“非常不同意”。如果某些問題不符合於您的情況，請標出“不符合”。

	(5-非常同意, 4-同意, 3-無意見, 2-不同意, 1-非常不同意, 8-不符合)					
	5	4	3	2	1	8
1. 我喜歡這裡為我提供的服務。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 即使我有其他的選擇，我還是會選擇此機構所提供的各項服務。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 我會向家人或親友推薦這個機構的服務。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 此機構的地點方便(停車場, 公共交通工具 距離等。)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 只要我有需要，服務人員都會幫助我。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 服務人員會在二十四小時之內回覆我的電話。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 服務人員能配合我方便的時間為我提供服務。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 在這裡我能夠得到所有我認為有需要的服務。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 當我想見心理醫生時就可以見到。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 服務人員相信我能夠成長，改變和恢復健康。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. 我能夠很自在的提出有關治療和用藥的問題。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. 我能夠自由表達不滿意的地方。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. 服務人員告知我應享的權力。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. 服務人員鼓勵我掌握我自己生活的方向。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. 服務人員事先就警告我關於所用藥物可能造成的副作用。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. 服務人員尊重我的意願只把我的治療情況告知我選擇的人。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. 我的治療目標是由我，而不是服務人員來決定的。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. 服務人員尊重我不同的文化背景。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. 服務人員協助我取得有用的資訊，所以我可以更有控制我的病情。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. 服務人員鼓勵我使用由患者所組成的機構(如互助小組、服務中心、危機輔導專線等等。)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
請評估您接受治療後的直接效果:	(5-非常同意, 4-同意, 3-無意見, 2-不同意, 1-非常不同意, 8-不符合)					
	5	4	3	2	1	8
21. 我能夠更有效的處理日常生活了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. 我能夠較好的掌握我的生活了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*本問卷調查是由患者，“心理保健統計改進計劃委員會”和“心理保健服務中心”共同策劃。

繼續到下一頁...

11501

請評估您接受治療後的直接效果:

(5- 非常同意, 4- 同意, 3- 無意見, 2- 不同意, 1- 非常不同意, 8- 不符合)

	5	4	3	2	1	8
23. 我能夠較好的處理緊急情況了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. 我和家人相處的比較融洽了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. 我比較知道如何參與社交活動了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. 我在學校(或工作上)的表現有進步。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. 我的居住情況有改善。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. 我的症狀不再那麼煩擾我了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. 我現在能夠做對我比較有意義的事了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. 我現在比較能夠顧及我自己的需要了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. 現在當事情發展不如我意時我比較知道應該如何處理了	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. 我現在能夠把自己想做的事做得更好了。	☐	☐	☐	☐	☐	☐

**請回答第 33 題至第 36 題，讓我們知道在接受
此地治療後您和其他人（此地的服務人員除外）
的關係如何？**

(5- 非常同意, 4- 同意, 3- 無意見, 2- 不同意, 1- 非常不同意, 8- 不符合)

	5	4	3	2	1	8
33. 我對我現有的朋友很滿意。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. 我可以與別人一起做有趣的事。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. 我對這個社區有歸屬感。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. 在危急時我能從家人和朋友那裏得到支持。	☐	☐	☐	☐	☐	☐

繼續到下一頁...



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



請回答以下問題讓我們知道您的近況:

1. 您接受這裡的服務大概有多久了?

- ☐ 這是我第一次來。 ☐ 一到二個月 ☐ 已超過一年
☐ 還不到一個月, 可 ☐ 三到五個月
☐ 是我已經來過不只一次。 ☐ 六個月到一年

如果您接受此地服務 剛滿一年或還未滿一年 請回答以下問題 2-4。 如果您接受此地服務已 超過一年, 請直接跳至問題 5。

2. 自從接受此地服務以來, 您可曾被逮捕過? ☐ 是 ☐ 否
3. 在接受此地服務以前的 12 個月中, 您可曾被逮捕過? ☐ 是 ☐ 否
4. 自從接受此地服務以來, 您與警察的接觸 (譬如說被逮捕, 被盤查, 或被送到收容所等機構。)有何改變?
☐ 減少了
☐ 沒有改變
☐ 增加了
☐ 不符合 (今年和去年都沒有和警察接觸。)

請直接跳至問題 8

如果您接受此地服務已 超過一年, 請回答問題 5-7。

5. 在過去 12 個月中, 您可曾被逮捕過? ☐ 是 ☐ 否
6. 在那之前的 12 個月中, 您可曾被逮捕過? ☐ 是 ☐ 否
7. 在過去 12 個月中, 您與警察的接觸 (譬如說被逮捕, 被盤查, 或被送到收容所等機構。)有何改變?
☐ 減少了
☐ 沒有改變
☐ 增加了
☐ 不符合 (今年和去年都沒有和警察接觸。)

個人資料:

8. 您的性別是 ☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 其它

9. 您是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎? ☐ 是 ☐ 不是 ☐ 不知道

10. 您屬於哪一個種族? 請圈選所有適用於您的。

- ☐ 美國印地安人/阿拉斯加土生 ☐ 夏威夷土生/其他太平洋群島種族 ☐ 不知道
☐ 亞裔 ☐ 白種人
☐ 黑種人/非洲裔美國人 ☐ 其他

繼續到下一頁...

11501

11. 您的出生年月日? (請填寫在格子裡 同時塗黑對應的圖圈。 請參看以下的例子。)

生日 月 月-日 日-年 年 年 年

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

例子 生日是一九六七年四月三十日

Date of Birth (mm-dd-yyyy)

1. 這裡填寫生日 → 04 - 30 - 1967

2. 把對應的圖圈塗黑

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

12. 我們提供您的服務是用您所熟悉的語言嗎? ○ 是 ○ 否

13. 我們所提供您的文件(例如有關服務項目的小冊子, 您應享有的權力手冊和心理保健教育資料)是用您所熟悉的語言嗎? ○ 是 ○ 否

14. 您參與這項服務的主要原因是

- 我自己想要參加的。
- 別人建議我來的。
- 我並不願意來。

15. 請告訴我們有誰幫助您填寫這份問卷表 請圈選所有適用於您的答案。

- 我不需要別人幫助。
- 心理保健贊助者義務工作人員。
- 其他在這裡接受服務的患者。
- 我的家人。
- 專業訪談人員。
- 我的專業心理輔導人員。
- 其他服務人員。
- 其他人。誰 _____

16. 您有任何的建議請寫在這裏或者在這份表格的背後。無論是肯定或批評我們都樂意接受。
如果您覺得有我們應該知道而卻不在這份表格上的問題也請寫在這裏。

謝謝您寶貴的時間為我們填寫這份表格。

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

□□

Date of Survey Administration:

0 8 - □□ - 2 0 1 2

Reason (if applicable):

- Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

□□□□□□□□□□

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

- 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10
- 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

- 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10
- 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

- 01 ○ 02 ○ 03 ○ 04 ○ 05 ○ 06 ○ 07 ○ 08 ○ 09 ○ 10
- 11 ○ 12 ○ 13 ○ 14 ○ 15 ○ 16 ○ 17 ○ 18 ○ 19 ○ 20

County Reporting Unit:

11501

□□□□□□□□

