

## 1. Tase los servicios recibidos de esta agencia

Con el fin de proporcionar los mejores servicios posibles, que nos gustaría saber qué piensa sobre los servicios que usted o su hijo recibida durante los últimos seis meses. Por favor seleccione la casilla que mejor se adapte a su respuesta. Más tarde hay espacio en la encuesta más comentar o explicar alguna de sus respuestas. Sus respuestas son confidenciales a menos que usted decide incluir su nombre.

### 1. En general, estoy satisfecho con los servicios que mi hijo(a) recibió.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

### 2. Ayudé elegir los servicios de mi hijo(a).

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

### 3. Ayudé elegir los objetivos de tratamiento de mi hijo(a).

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

### 4. La gente que ayuda a mi hijo(a) nos apoyó sin falta.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

### 5. Sentí que mi hijo(a) tenía alguien para dirigirse cuando estaba preocupado.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

### 6. Paricipé en el tratamiento de mi niño.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 7. Los servicios que mi niño y/o familia recibieron eran correctos para nosotros.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 8. La ubicación de servicios era conveniente para nosotros.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 9. Los servicios estaban disponibles a veces que eran convenientes para nosotros.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 10. Mi familia recibió la ayuda que estábamos buscando para mi hijo(a).

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 11. Mi familia recibió tanta ayuda como necesitamos para mi hijo(a).

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 12. El personal me trató con respeto.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 13. El personal respetó las creencia religiosas/espirituales de mi familia.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 14. El personal habló conmigo en un camino que entendí.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 15. El personal era respetuoso de mis raíces cultural/étnica.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 2. Tase los resultados de servicios

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de los resultados de los servicios que usted o su familia recibida

## 16. Mi hijo(a) se enfrenta mejor al manejo de la vida diaria.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de familia.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 18. Mi hijo(a) se lleva mejor con amigos y otras personas.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 19. A mi hijo(a) le va mejor en la escuela y/o trabajo.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 20. Mi hijo(a) esta mas dispuesto a enfrentar mejor las situaciones difíciles.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 21. Estoy satisfecho con nuestra vida familiar actualmente.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 22. Mi hijo(a) es más capaz de hacer cosas que quiere hacer.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 3. Conectividad social

Para preguntas 23-26 por favor díganos cómo los servicios recibido de su niño o familia han influido en sus relaciones con personas distintas de los proveedores de servicios.

## 23. Conozco gente que escuchará y me entenderá cuando necesito hablar.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 24. Tengo personas con las que me siento cómodo hablando acerca del problema de mi hijo(a).

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

## 25. En una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de familia o amigos.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy de acuerdo | <input type="radio"/> En desacuerdo     |
| <input type="radio"/> De acuerdo     | <input type="radio"/> Muy en desacuerdo |
| <input type="radio"/> Neutro         | <input type="radio"/> No Aplica         |

# MHSIP Youth Services for Families - ENCUESTA PARA FAMILIAS DE

## 26. Tengo a la personas con quien puedo hacer cosas agradables.

- Muy de acuerdo  En desacuerdo
- De acuerdo  Muy en desacuerdo
- Neutro  No Aplica

## 4. Comentarios Adicionales

### 27. ¿Cuál ha sido la cosa más útil acerca de los servicios que usted y su niño recibieron en los últimos 6 meses?

### 28. ¿Qué mejoraría servicios aquí?

## 5. : Datos demograficos y programas en los que se inscribio

Por favor, conteste las siguientes preguntas para informarnos un poco sobre su niño

### 29. ¿Son cualquiera de los padres del niño del origen Hispanic/Latino?

- Hispano o Latino  No Hispano o Latino

### 30. ¿Cuál es la raza de su niño? (Seleccione todas las que apliquen)

- Indoamericano/Nativo de Alaska  Blanco
- Nativo de Hawai/de otras islas del Pacifico  Negro/Afrioamericano
- Asiático

Otros, por favor, especifique

### 31. ¿Cuántos años tiene su hijo?

Entrar en edad en años  
como un número (ej., 9)

### 32. ¿Cuál es su género del niño?

- Masculino  Femenino

## 33. Si su niño tiene seguro de Medicaid?

- Sí  No

## 34. ¿En cuál de los programas siguientes es/era su niño sirvió? (Seleccione todas las que apliquen.)

- Clínica de consulta externa y/o servicios en la comunidad  Servicios de día / Programas después del horario escolar
- Servicios en el hogar  Programa de estabilización de crisis

## 35. Su hijo es actualmente (todavía) recibiendo los servicios de este proveedor?

- Sí  No

## 6. Comentarios sobre la discontinuación de los servicios

### 36. Si respondió "No" a la pregunta 35, por favor díganos por qué usted dejó su niño de recibir servicios de esta agencia. Seleccione todas las que se aplican y agregar comentarios, si desea.

- Tratamiento terminado- ya no necesito los servicios  Encontré otra agencia que me gusta más
- Los servicios se prestan a una hora inconveniente  No podía encontrar transporte para asistir los servicios
- Servicios no estaban ayudando a mi niño  Otras razones (por favor, especifique)

Comentarios sobre la discontinuación de los servicios