

Agency ID: Clinic ID:

Survey Completion Date: / /
 M M / D D / Y Y Y Y

Annual Adult (Spanish) Supplemental Survey

1. ¿Cuántos años tiene Ud. ahora?
2. Su sexo:
 - 1 Masculino
 - 0 Femenino
3. Etnicidad:
 - 1 Hispano o Latino Origen
 - 0 No Hispano o Latino
4. Raza (Seleccione todos que se apliquen):
 - 1 Indio Americano o Natural Americano de Alaska
 - 2 Asiático
 - 3 Negro o Afroamericano
 - 4 Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico
 - 5 Blanco
5. ¿Hace cuánto tiempo ha recibido servicios de este Centro?
 - 1 Menos que un mes
 - 2 1-5 meses
 - 3 6 meses a un año
 - 4 Mas que un año
6. ¿Tiene seguro de Medicaid/TennCare?
 - 1 Sí
 - 0 No

Indique por favor su acuerdo/desacuerdo con cada uno de las declaraciones siguientes circulando el número que mejor representa su opinión. Si la pregunta es sobre algo que usted no ha experimentado, circule “*”, para indicar que es “no aplicable” a usted.

	Total- mente de Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	No estoy de Acuerdo	Total- mente en Desa- cuerdo	No Aplicable
1. Me gustó los servicios de salud mental que recibí.	1	2	3	4	5	*
2. Si tuviera otras opciones, elegiría quedarme recibiendo los servicios de estas agencias.	1	2	3	4	5	*
3. Recomendaría este agencia a un amigo o miembro de la familia.	1	2	3	4	5	*
4. La localización de los servicios era conveniente (estacionamiento, transporte público, distancia, etc.)	1	2	3	4	5	*
5. Mis proveedores de servicios estaban dispuestos a ver me tan a menudo cuando sea necesario.	1	2	3	4	5	*
6. Mis llamadas a los proveedores de servicios fueron devueltas en un plazo de 24 horas.	1	2	3	4	5	*

7. Los servicios estaban disponibles en el momento que me convenían.	1	2	3	4	5	*
8. Mis proveedores de servicios creyeron que podría crecer como persona, cambiar y recuperarme.	1	2	3	4	5	*
9. Me sentía cómodo haciendo preguntas acerca de mi tratamiento y medicamentos.	1	2	3	4	5	*
10. Sentí que podría quejarme en libertad acerca de mi tratamiento.	1	2	3	4	5	*
11. Me dieron la información sobre mis derechos.	1	2	3	4	5	*
12. Me animaron a que tomara responsabilidad de cómo vivo mi vida.	1	2	3	4	5	*
13. Los proveedores de servicios me dijo qué efectos secundarios que debo estar consciente de mi medicación mental de la salud.	1	2	3	4	5	*
14. Los proveedores de servicios respetó mis deseos sobre quién es y quién no debe ser dada la información sobre mi tratamiento.	1	2	3	4	5	*
15. Yo, junto con mis proveedores de servicios, decidimos mis metas del tratamiento.	1	2	3	4	5	*
16. Mis proveedores de servicios fueron sensibles con mi cultura (raza, religión, lengua, etc.)	1	2	3	4	5	*
17. Mis proveedores de servicios me ayudaron a conseguir la información que necesitaba para así cuidar de mi enfermedad.	1	2	3	4	5	*
18. Me animaron a que utilizara programas operados por consumidores (los grupos de apoyo, centros de visita, la línea telefónica de la crisis, etc.)	1	2	3	4	5	*
Indique por favor su acuerdo/desacuerdo con cada uno de las declaraciones siguientes circulando el número que mejor representa su opinión. Si la pregunta es sobre algo que usted no ha experimentado, circule “*”, para indicar que es “no aplicable” a usted.						
Como un resultado directo de servicios que recibí:	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	No estoy de Acuerdo	Totalmente en Desacuerdo	No Aplicable
19. Trato mejor con problemas del diario vivir.	1	2	3	4	5	*
20. Debido a el cuidado recibido, puedo controlar mi vida mejor.	1	2	3	4	5	*
21. Debido a el cuidado recibido, pude tratar con una crisis.	1	2	3	4	5	*
22. Debido a el cuidado recibido, me llevo mucho mejor con mi familia.	1	2	3	4	5	*
23. Debido a el cuidado recibido, estoy haciendo mejor en situaciones sociales.	1	2	3	4	5	*

24. Debido a el cuidado recibido, estoy haciendo mejor en el trabajo/escuela.	1	2	3	4	5	*
25. Debido a el cuidado recibido, mi condición de vivienda está mucho mejor.	1	2	3	4	5	*
26. Debido a el cuidado recibido, mis síntomas no me están incomodando tanto.	1	2	3	4	5	*
27. Hago las cosas que son más significativas para mí.	1	2	3	4	5	*
28. Estoy mejor capacitado para cuidar de mis necesidades	1	2	3	4	5	*
29. Estoy mejor capacitado para manejar las cosas cuando estas no salen bien.	1	2	3	4	5	*
30. Estoy mejor capacitado para hacer las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5	*
31. Mis contactos con la policía se han reducido.	1	2	3	4	5	*

Para las preguntas 32-35 conteste por favor para las relaciones con las personas con excepción de sus abastecedores mentales de la salud	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	No estoy de Acuerdo	Totalmente en Desacuerdo	No Aplicable
32. Estoy feliz con las amistades que yo tengo.	1	2	3	4	5	*
33. Tengo amigos con quien yo puedo hacer actividades divertidas.	1	2	3	4	5	*
34. Me siento cómodo y que soy un parte de la comunidad.	1	2	3	4	5	*
35. Durante una crisis, tendria la ayuda que necesitaria de mi familia y amigos.	1	2	3	4	5	*