APPENDIX 14

Consumer Satisfaction Survey (English and Spanish Version)

DHCS California's Department of HealthCareServices

ADULT SURVEY
Fall 2018

ENGLISH With QOL

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

DHCS 1742 EN (05/13)

8967

ADULT SURVEY
Fall 2018

SPANISH
With QOL

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 está agencia.	○	○	○	○	○	○
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en está agencia.	○	○	○	○	○	○
3. Yo le recomendaría está 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 está 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 respeto 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 mi 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...

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

15460

DHCS 1742 SP (05/13)

YOUTH SERVICES SURVEY FOR YOUTH
Fall 2018

ENGLISH

Please help our agency make services better by answering some questions. Your answers are confidential and will not influence current or future services you will 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 ✖ ✔

Please answer the following questions based on the **last 6 months** OR if services have not been received for 6 months, just give answers based on the services that have been received so far. Indicate if you **Strongly Disagree, Disagree,** are **Undecided, Agree,** or **Strongly Agree** 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.

	Strongly Disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly Agree	Not Applicable
1. Overall, I am satisfied with the services I received.	○	○	○	○	○	○
2. I helped to choose my services.	○	○	○	○	○	○
3. I helped to choose my treatment goals.	○	○	○	○	○	○
4. The people helping me stuck with me no matter what.	○	○	○	○	○	○
5. I felt I had someone to talk to when I was troubled.	○	○	○	○	○	○
6. I participated in my own treatment.	○	○	○	○	○	○
7. I received services that were right for me.	○	○	○	○	○	○
8. The location of services was convenient for me.	○	○	○	○	○	○
9. Services were available at times that were convenient for me.	○	○	○	○	○	○
10. I got the help I wanted.	○	○	○	○	○	○
11. I got as much help as I needed.	○	○	○	○	○	○
12. Staff treated me with respect.	○	○	○	○	○	○
13. Staff respected my religious / spiritual beliefs.	○	○	○	○	○	○
14. Staff spoke with me in a way that I understood.	○	○	○	○	○	○
15. Staff were sensitive to my cultural / ethnic background.	○	○	○	○	○	○

As a result of the services I received:	Strongly Disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly Agree	Not Applicable
16. I am better at handling daily life.	○	○	○	○	○	○
17. I get along better with family members.	○	○	○	○	○	○
18. I get along better with friends and other people.	○	○	○	○	○	○
19. I am doing better in school and / or work.	○	○	○	○	○	○
20. I am better able to cope when things go wrong.	○	○	○	○	○	○
21. I am satisfied with my family life right now.	○	○	○	○	○	○
22. I am better able to do things I want to do.	○	○	○	○	○	○

CONTINUED ON NEXT PAGE...

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

DHCS 1744 EN (05/13)

45655

YOUTH SERVICES SURVEY FOR YOUTH
Fall 2018

SPANISH

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 ✗ ✓

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 en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** 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 en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, estoy satisfecho(a) con los servicios que he recibido.	○	○	○	○	○	○
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	○	○	○	○	○	○
3. Yo ayudé a escoger mis propias metas para mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
4. Las personas que me ayudaron estuvieron junto a mí durante el proceso.	○	○	○	○	○	○
5. Sentí que tenía a alguien con quien platicar cuando tenía preocupaciones.	○	○	○	○	○	○
6. Yo participé en mi propio tratamiento.	○	○	○	○	○	○
7. Recibí servicios que eran adecuados para mí.	○	○	○	○	○	○
8. La localidad de los servicios era conveniente.	○	○	○	○	○	○
9. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
10. Recibí la ayuda que quería.	○	○	○	○	○	○
11. Recibí la mayoría de la ayuda que necesitaba.	○	○	○	○	○	○
12. El personal me trató con respeto.	○	○	○	○	○	○
13. El personal respetó la religión y las creencias espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
14. El personal me habló de una forma que pude entender.	○	○	○	○	○	○
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○

Como resultado de los servicios que recibí:	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
16. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día.	○	○	○	○	○	○
17. Me llevo mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
18. Me llevo mejor con mis amigos(as) y otras personas.	○	○	○	○	○	○
19. Me va mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
20. Es más fácil para mi areglármelas cuándo algo me sale mal.	○	○	○	○	○	○
21. Ahora estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.	○	○	○	○	○	○
22. Soy más capaz de hacer cosas que deseo hacer.	○	○	○	○	○	○

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page