



Riverside County Department of Mental Health
Ley de Servicios de Salud Mental
INNOVACIÓN: Centro de Aprendizaje
de Recuperación

Formulario de Retroalimentación y Comentarios de 30 días

Envíe sus comentarios en este formulario antes del 7 de julio de 2009.

Los formularios se pueden enviar por correo electrónico a: MHS@co.riverside.ca.us,

por correo a: Riverside County Department of Mental Health,

Attn: MHS Administration, PO Box 7549, Riverside, CA 92513

o por fax al: 951-358-6924

Puede hacer comentarios adicionales en una hoja separada.

¿Cuáles cree que son las fortalezas del plan? Identifique el programa y el grupo de edad, si corresponde.

¿Qué preocupaciones tiene acerca del plan? Identifique el programa y el grupo de edad, si corresponde.

Información Personal (opcional)

¿En qué región vive?

- Desierto (Banning, Indio, Blythe, etc.)
- Centro del Condado (Hemet, Lake Elsinore, Perris, Temecula, etc.)
- Oeste (Corona, Riverside, Moreno Valley, etc.)

¿Con qué grupo está más asociado?

- Un consumidor de servicios de salud mental
- Un miembro de la familia de un consumidor
- Empleado del condado
- Seguridad Pública
- Educación
- Servicios Humanos
- Comunidad general
- Otro (Especificar)

Información Personal (opcional)

Indique su sexo

- Femenino
- Masculino

¿Cuál es su grupo étnico?

- Afroamericano/Negro
- Indio americano/Nativo americano
- Asiático/Isleño del Pacífico
- Caucásico/Blanco
- Hispano/Latino/Chicano
- Otro (Especificar): _____

¿Cuál es su edad?

- 0-17 años 18-24 años 25-59 años
- más de 60 años

Muy **Algo** **Satisfecho** **Insatisfecho** **Muy**
satisfecho **satisfecho** **Satisfecho** **Insatisfecho** **insatisfecho**

¿En general, cómo se siente con el plan?