



**Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside
Decreto de los Servicios de Salud Mental
Servicios Comunitarios y Servicios Colaterales Plan de 3 años**

Formulario de Comentarios

Por favor envíe este formulario antes del 16 de diciembre del 2005. Puede enviar el formulario por medio de la cadena electrónica a la siguiente dirección: <http://mentalhealth.co.riverside.ca.us/mhsa.html> o también puede enviarlo por correo a la siguiente dirección: Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside, MHSA Evaluaciones CSS, PO Box 7549, Riverside, CA 92513.

¿Cuáles son las cosas buenas del plan? Por favor identifique el programa y el grupo de edad, si aplica.

¿Qué preocupaciones tiene usted acerca del plan? Por favor identifique el programa y el grupo de edad, si aplica.

¿En qué región vive Usted?

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

¿A qué grupo pertenece Usted?

- Consumidor de servicios de salud mental
- Pariente de un consumidor
- Empleado del condado
- Departamento policial
- Educación
- Servicios humanos
- Comunidad general

¿Cuál es su género?

- Masculino
- Femenino
- Otro(a)

¿Cuál es su etnicidad?

- Americano Africano/Moreno
- Indio Americano/Americano Nativo
- Asiático /Islas Pacíficas
- Caucásico/Blanco
- Hispano/Latino/Chicano
- Otro(a). Por favor especifique.:

¿Cuál es su edad?

- 0-17 años
- 18-24 años
- 25-59 años
- 60+ años

¿En general, que piensa del plan?

- | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Muy Satisfecho</i> | <i>Más o menos Satisfecho</i> | <i>Satisfecho</i> | <i>No Satisfecho</i> | <i>Muy Insatisfecho</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

