



## **Riverside University Health System – Behavioral Health Mental Health Services Act (MHSAR)**

**ENCUESTA DE ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE MHSAR**

**Los formularios pueden ser enviados por correo a:**

**Riverside University Health System – Behavioral Health, MHSAR Administration,  
2085 Rustin Ave., MS #3810, Riverside, CA 92507;**

**o enviarse por correo electrónico a: [MHSAR@ruhealth.org](mailto:MHSAR@ruhealth.org) ,**

**o por fax al 951-955-7205**

**o enviar electrónicamente a <http://www.rcdmh.org/> Desplácese sobre el enlace de MHSAR  
y haga clic en Actualización del plan de MHSAR**

1. Qué servicios de salud del comportamiento le han resultado útiles y desea conservar?

2. Qué servicios de salud del comportamiento no le han resultado útiles o le gustaría vernos cambiar? Por favor, también díganos sobre cualquier brecha en el servicio o servicios que parecen faltar

3. Qué otras ideas o comentarios tiene sobre los servicios de salud del comportamiento o sobre el plan de MHSA?

4. ¿Cuáles son algunas formas en que el condado puede aumentar la conciencia sobre los servicios de atención de salud conductual ofrecidos en su comunidad?

5. ¿Qué áreas alrededor de las reglas o regulaciones de MHSA le gustaría obtener más información para aumentar su comprensión sobre la planificación de MHSA y la participación de los interesados? ¿En qué áreas de los procesos, sistemas gubernamentales o reglas del Condado de Riverside le gustaría obtener más información para aumentar su comprensión sobre cómo el condado opera la planificación de MHSA?

	<i>Muy satisfecho</i>	<i>Algo satisfecho</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Muy Insatisfecho</i>
En general, ¿cómo se siente sobre el Plan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Por favor hablemos de usted mismo

La información que proporcione será confidencial y anónima.

## ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su casa?

- Inglés
- Español
- Otros? \_\_\_\_\_

## Grupo de edad:

- Menor de 18
- 18 – 25
- 26 – 59
- 60 años o mayor

## Sexo:

- Masculino
- Femenino
- Transgénero /Otro : \_\_\_\_\_

## ¿Cuál es su raza / origen étnico?

- Asiático / Islas del Pacífico
- Negro / Afroamericano
- Latino / Hispano
- Tribal / Indígena Americano
- (Tribu: \_\_\_\_\_)
- Blanco / caucásico
- Mixta: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

Te identificas como: Lesbiana  Gay  Bisexual

Eres un veterano? SI  No

Tienes alguna discapacidad? Ciego  Sordo  Otro

\_\_\_\_\_  
Escribe otro aquí

## ¿Cuál de las siguientes grupos/ categorías se aplican a usted?

- Cliente / Consumidor de salud mental
- Miembro de la familia de un consumidor de salud mental
- Personal del Departamento de Salud Mental del Condado
- Proveedor de servicios contra el abuso de sustancias
- Proveedor de servicios de salud mental comunitario/sin ánimo de lucro
- Organización Comunitaria (y no proveedora de servicios de salud mental)
- Organización de servicios para niños y familias
- Centro de educación de K-12
- Aplicación de la ley
- Servicios de veteranos
- Servicios para personas mayores
- Hospital / Proveedor del cuidado de la salud
- Defensor
- Otra agencia del condado
- Agencia tribal: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

Si representa a una agencia u organización, por favor díganos cuál y proporcione su rol o posición:

Agencia: \_\_\_\_\_ Cargo / Posición: \_\_\_\_\_

Por favor, indique la región del condado en el que esté más involucrado:

- Región Central del Condado** (Hemet, San Jacinto, Perris, Lake Elsinore, Temecula, etc.)
- Región Occidental** (Riverside, Norco / Corona, Moreno Valley, etc.)
- Región del Desierto** (Banning, Blythe, Indio, Cathedral City, etc.)
- Otros** (especificar): \_\_\_\_\_