

**Riverside University Health System - Behavioral Health**  
**Ley de Servicios de Salud Mental**  
**Instalaciones de Capital / Tecnología**  
**Propuesta de proyecto Campo de Estabilización de Crisis**

**Formulario de Retroalimentación/Comentarios**

*Envíe sus comentarios acerca de esta forma antes del Lunes, 12 de diciembre del 2016*

*Puede enviar el formulario por correo postal a:*

*Riverside University Health System – Behavioral Health, MHSA Administration,  
2085 Rustin Avenue, MS #3810, Riverside, CA 92507;*

*por correo electrónico a: [MHSA@rcmhd.org](mailto:MHSA@rcmhd.org) o por fax al 951-955-7205*

**¿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

Condado Empleado

Seguridad Pública

Educación

Servicios Humanos

Comunidad General

Otro (Especificar) \_\_\_\_\_

**Información Personal (opcional)**

**Indique su sexo**

Femenino

Masculino

**¿Cuál es su etnia?**

Afroamericano/Negro

Indio americano/Nativo americano

Asiática / Isleña 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 satisfecho*
*Algo satisfecho*
*Satisfecho*
*Insatisfecho*
*Muy insatisfecho*

**¿En general, cómo se siente con el plan?**