



**Riverside University Health System – Behavioral Health
Mental Health Services Act**

**ENCUESTA DE ACTUALIZACIÓN DEL PLAN
DE MHSARIVER
PARA EL AF16/17**

Los formularios pueden ser enviados por correo a:

Riverside University Health System – Behavioral Health, MHSARIVER Administration,
PO Box 5390, MS #3810, Riverside, CA 92517;
o enviarse por correo electrónico a: MHSARIVER@rcmhd.org , o por fax al 951-955-7205

1. Por favor proporcione comentarios sobre cómo la MHSARIVER Plan de 3 años está trabajando para satisfacer las necesidades prioritarias del Condado de Riverside?

2. Por favor, envíenos sus comentarios sobre las deficiencias en el servicio comunitario y los servicios y apoyos o prevención y programas de intervención temprana (PEI). ¿Hay alguna deficiencia en los servicios?

3. ¿Tiene alguna otra recomendación o comentario acerca de los programas o servicios en la MHSARIVER Plan de 3 años?

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

En general, ¿cómo se siente sobre el Plan?

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: _____

¿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): _____