

OPMH - 2008



Mark as shown: Please use a pen or a thin marker. This form will be processed automatically.
 Correction: Please follow the examples shown to help optimize the reading results.

1. General Questions

Preguntas Generales

1.1 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.2 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.3 I have family members, friends, or professionals who give me a lot of support.
 Tengo familiares, amigos o profesionistas que me dan mucho apoyo.

<input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo
<input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo		

1.4 My sex/gender is:
 Mi sexo es:

<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgenero (Masculino a Femenino)
<input type="checkbox"/> Trasgenero (Femenino a Masculino)	<input type="checkbox"/> No respuesta	

1.5 My sexual orientation is:
 Mi orientación sexual es:

<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> Bisexual
<input type="checkbox"/> No estoy seguro (a)	<input type="checkbox"/> No respuesta	

1.6 My racial/ethnic background is:
 Mi raza/ethnicidad es:

<input type="checkbox"/> Afroamericana/ Negra	<input type="checkbox"/> Hispana/Latina	<input type="checkbox"/> Asiatica/De las Islas Pacificas
<input type="checkbox"/> Nativo de America/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> De raza Blanca	<input type="checkbox"/> Mas de una raza

1.7 My age is:
 Mi edad es:

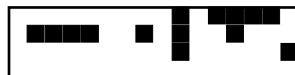
<input type="checkbox"/> 13-24	<input type="checkbox"/> 25-44	<input type="checkbox"/> 45-64
<input type="checkbox"/> 65 o más		

1.8 At any point, did you feel you were treated poorly at this agency?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

¿En algún punto, ha sentido que lo trataron mal en esta agencia?

(Please turn over and complete the other side)
 (Por favor voltee la página y complete el otro lado)



1. General Questions

Preguntas Generales [Continue]

1.9 If yes to question 1.8, what reason(s) do you feel may have caused you to be treated poorly? (Mark all that apply)

Si contesto "si" en la pregunta previa (1.8), cual fue la razón/razones que usted siente le hayan causado ser tratado mal? (Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Sexo |
| <input type="checkbox"/> Orientación Sexual | <input type="checkbox"/> Uso de Drogas | <input type="checkbox"/> Mi situación con emigración |
| <input type="checkbox"/> Mi dificultad para hablar inglés | <input type="checkbox"/> Otras razones | |

1.10 If "Other Reasons" was marked in question 1.9, please explain in the box provided below.

Si respondio "Otras razones" en la pregunta previa (1.9), por favor explique en el espacio de abajo.

1.11 The language that I speak is: Inglés Español Otro (s)

El idioma que yo hablo es:

1.12 Because of a language barrier, I have problems understanding agency staff when I come in for or request services. Si, siempre Si, algunas veces No, nunca

Debido a obstáculos con el idioma, tengo problemas entendiendo a los empleados de la agencia cuando pido ó recibo servicios.

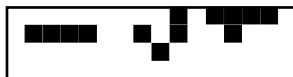
1.13 I know that translation services, including services for the visually and hearing impaired, are available to me at this agency if I ask for it before my appointment. Si, lo sé No, no sabia

Yo se que hay servicios de traducción, y servicios para personas con problemas visuales y auditivos, que estan disponibles para mi en esta agencia si los pido antes de mi cita.

1.14 I have completed this survey: Yo solo (a), sin ayuda Con ayuda de un empleado (a) Con alguien que me leyó la encuesta y la contesto por mi.

Yo he completado esta encuesta:

(Please continue to the next page)
(Por favor continúe en la siguiente página)



1. General Questions

Preguntas Generales [Continue]

1.15 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.16 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.17 I understand the reason I am required to provide certain documents to the agency and how that is related to the funding for the services I receive.

Si No

Yo entiendo la razón por la cual yo debo proveer ciertos documentos a la agencia y como esto es relacionado a los fondos monetarios de los servicios que yo recibo.

1.18 Do you know who to contact if you have a problem with or complaint about any of your services at this agency?

Si No, no se

¿Sabe usted a quién contactar si tiene algún problema con o queja sobre alguno de los servicios de esta agencia?

1.19 Have you received a copy of the agency's grievance procedure?

Si No

¿Ha recibido una copia del procedimiento de quejas?

2. Outpatient Mental Health Services

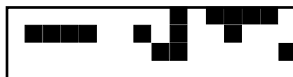
Servicios de Salud Mental

2.1 I have received outpatient mental health services at this agency for:

Menos de 1 año 1-2 años 3-5 años
 Más de 5 años

Yo he recibido servicios de salud mental en esta agencia por:

(Please turn over and complete the other side)
(Por favor voltee la página y complete el otro lado)



2. Outpatient Mental Health Services

Servicios de Salud Mental [Continue]

- 2.2 When I need an appointment with my mental health provider, I can schedule one soon enough for my needs.
- Cuando necesito una cita con mi proveedor de salud mental, yo puedo hacer una cita tan pronto como yo la necesite.
- Todo el tiempo La mayoría de las veces Algunas veces
- Rara vez Nunca
- 2.3 I keep my scheduled appointments with my mental health provider.
- Yo voy a mis citas con mi proveedor de salud mental.
- Todo el tiempo La mayoría de las veces Algunas veces
- Rara vez Nunca
- 2.4 I know how to contact my mental health provider by phone if I need to do so.
- Yo sé como contactar a mi proveedor de salud mental por teléfono si lo necesito.
- Si No No estoy seguro/segura
- 2.5 I find it easy to talk openly with my mental health provider.
- Yo encuentro que es fácil hablar abiertamente con mi proveedor de salud mental.
- Todo el tiempo La mayoría de las veces Algunas veces
- Rara vez Nunca
- 2.6 My mental health provider shows an interest in me and helps me identify and understand my mental health needs.
- Mi proveedor mental muestra interés en mi y me ayuda a identificar y entender mis necesidades de salud mental.
- Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo
- Completamente en desacuerdo
- 2.7 My mental health provider has helped me develop skills that will allow me to handle future problems.
- Mi proveedor de salud mental me ha ayudado a desarrollar habilidades que me permitiran manejar problemas futuros.
- Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

(Please continue to the next page)
(Por favor continúe en la siguiente página)



2. Outpatient Mental Health Services

Servicios de Salud Mental [Continue]

2.8 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

2.9 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

2.10 My mental health provider involves me in the planning of my treatment (such as setting treatment goals).

Todo el tiempo La mayoría de las veces Algunas veces
 Rara vez Nunca

Mi proveedor de salud mental me involucra en mi plan de tratamiento (como fijar metas para mi tratamiento).

2.11 My mental health provider knows about mental health issues and HIV.

Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo
 Completamente en desacuerdo

Mi proveedor de salud mental tiene conocimiento sobre problemas mentales y el VIH.

2.12 My mental health provider has explained to me, in a way that I can understand, how my mental health medications (such as antidepressants) and my HIV medications might interact.

Si No No aplica a mí

Mi proveedor de salud mental me ha explicado, en una manera en que yo puedo entender, como mis medicinas para mis problemas de salud mental (tales como antidepresivos) y mis medicinas para el VIH pueden interactuar.

2.13 If I have needed it, my mental health provider has assisted me in getting further help (For example, enrolling in a day treatment program or being admitted to the hospital for further treatment).

Si No No aplica a mí

Si es que lo he necesitado, mi proveedor de salud mental me ha ayudado a obtener más ayuda (Por ejemplo, inscribirme en un programa para recibir tratamiento diario ó ser ingresado en un hospital para más tratamiento).

(Please turn over and complete the other side)
(Por favor voltee la página y complete el otro lado)



2. Outpatient Mental Health Services

Servicios de Salud Mental [Continue]

2.14 My mental health provider has helped me to feel better about myself and my overall mental health.

Mi proveedor de salud mental me ha ayudado a sentirme mejor sobre mi mismo (a) y con mi salud mental en general.

Completamente de acuerdo

Completamente en desacuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

2.15 If I knew someone who was HIV positive and had a mental health issue or problem, I would refer her or him to this agency for help.

Si yo conociera a alguien que es VIH positivo y que tuviera un problema de salud mental, yo lo referiría a esta agencia para que obtuviera ayuda.

Definitivamente Si

No estoy seguro/segura

Tal vez

Definitivamente No

2.16 Overall, I am satisfied with the outpatient mental health treatment services I have received at this agency over the past 12 months.

En general, yo estoy satisfecho (a) con los servicios de salud mental que he recibido en esta agencia durante los últimos 12 meses.

Completamente de acuerdo

Completamente en desacuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

2.17 If I could change anything to make the outpatient mental health treatment services at this agency better for me and for others, it would be:

Si yo pudiera cambiar algo para mejorar los servicios de salud mental de esta agencia, para mí y para otros, eso sería:

Thank you for completing the survey.

Gracias por completar esta encuesta.

