

Gracias por tomar su tiempo y completar esta encuesta. **Por favor complete esta encuesta aunque su familia no tenga a un miembro con ataque de comportamiento de salud. Todas las respuestas son anónimas.** Sus respuestas serán combinadas con otros para ayudar a identificar el apoyo disponible y lo que nos hace falta.

Parte I. Retos Familiares

1. El **miembro de su propia casa** (marque todos los que apliquen)

| PONGA UNA "X" en las cajas apropiadas. | Niño | Adole- cente | Adulto Joven | Edad Media | Mayor (60+) |
|---|-------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| se estresa excesivamente | | | | | |
| se molesta o enoja fácilmente | | | | | |
| se le hace difícil ser estudiante, esposo, padre, empleado, etc. | | | | | |
| se enoja tanto que no puede hablar con ellos | | | | | |
| intimida o amenaza a otras personas | | | | | |
| no quiere levantarse y salirse de la cama todos los días | | | | | |
| usa drogas o alcohol para no tomar responsabilidad de su vida | | | | | |
| mal usa su medicina o la de otras personas | | | | | |
| usa drogas ilegales | | | | | |
| se siente triste y sola | | | | | |
| tiene problemas para dormirse o mantenerse dormido (no por los ruidos) | | | | | |
| tiene miedo muy frecuente | | | | | |
| se molesta sobre el pasado | | | | | |
| problemas para recordar cosas del pasado | | | | | |
| problemas recordando cosas del presente | | | | | |
| no sienten que tienen propósito en la vida | | | | | |
| se siente nervioso, ansioso, en la orilla, o se preocupa por diferentes cosas | | | | | |
| da saltos o se asusta fácil | | | | | |
| se lastima intencionalmente | | | | | |
| ha considerado suicidarse | | | | | |
| tiene ansiedad y/o depresión | | | | | |
| tiene trastornos de uso de sustancias | | | | | |
| tiene una discapacidad de desarrollo/intelectual | | | | | |
| tiene una enfermedad mental | | | | | |
| Otro _____ | | | | | |

2. Esta encuesta nos ayuda a evaluar la capacidad de la comunidad para proveer apoyos, servicios y la atención de la niñez hasta la edad adulta de las personas y de sus familias con **problemas de salud de conducta incluyendo la ira, depresión, y ansiedad así como otras enfermedades mentales como trastorno bipolar y esquizofrenia. También puede ser un problema de abuso de sustancias, el desarrollo o la discapacidad intelectual, autismo, etc.**

| ¿Está de acuerdo o no está de acuerdo? | Si | No | No se |
|--|-----------|-----------|--------------|
| ¿Cree que existe un estigma asociado con la enfermedad mental en nuestra comunidad? | | | |
| ¿Está la comunidad consciente de los desafíos que enfrentan las personas con trastornos de salud conductual? | | | |
| ¿Está la comunidad consiente de los programas de prevención y tratamiento? | | | |
| ¿Usted cree que los tratamientos y servicios de trastornos de salud conductual trabajan? | | | |

3. **Suponga que un miembro de familia tiene problema de salud conductual** y necesita acceso a apoyos y programas en el Condado de Winnebago. ¿Están los servicios disponibles en el Condado de Winnebago y usted sabe cómo obtener acceso a estos servicios?

| Servicios de Salud Conductual | Si, El Condado de Winnebago lo tiene y se cómo tener acceso a ello | Si, el Condado de Winnebago los tiene pero no sé cómo obtener acceso | El Condado de Winnebago no los tiene | No lo se |
|--|--|--|--------------------------------------|----------|
| saber que tan grave es | | | | |
| tener acceso durante una crisis | | | | |
| obtener tratamiento | | | | |
| encontrar tratamiento o rehabilitación coordinada entre varios proveedores | | | | |
| encontrar cuidado residencial | | | | |
| asistencia con administración medica | | | | |
| asistencia con cuidado personal | | | | |
| encontrar un entrenador de trabajo para ayuda individual | | | | |
| encontrar asistencia de trabajo | | | | |
| encontrar transporte que no puedo proveer | | | | |
| encontrar cuidado para adultos | | | | |
| encontrar apoyo /grupos de apoyo | | | | |
| asistencia con visitas al hogar | | | | |
| encontrar alojamiento transitorio o de recuperación | | | | |
| encontrar vivienda de apoyo permanente | | | | |
| encontrar vivienda independiente para personas | | | | |

4. ¿Esta consiente del sistema 2-1-1? Si No

¿Hay algún **miembro de su casa** que haiga contactado al sistema 2-1-1? Si No

5. Hay algún **miembro de su casa** que (marque todas las que aplican):

- ___ busco salud mental, substancia, servicio intelectual o discapacidad de desarrollo y encontré la ayuda
- ___ busco salud mental, substancia, servicio intelectual o discapacidad de desarrollo pero no encontré ayuda
- ___ la pusieron en una lista de espera para tratamiento o servicios
- ___ pudo encontrar servicios para salud mental, substancia o servicio intelectual o discapacidad de desarrollo
- ___ encontré servicios en el nivel de cuidado que necesitaba
- ___ encontré servicios de rehabilitación
- ___ tiene seguridad que paga los servicios por todo el tiempo que lo necesite
- ___ usa grupos de apoyo como NAMI
- ___ usa grupos de apoyo de substancia como AA, AL-Anon, NA
- ___ Ninguno de arriba aplica (*PASE A LA PARTE III – Todos los demás pasen a la PARTE II*)

Parte II. Satisfacción con los Servicios

6. Si un **miembro de su casa** busco ayuda de salud mental, abuso de substancia, o servicio intelectual/discapacidad de desarrollo, ¿estuvo satisfecho con los servicios en el Condado de Winnebago? (marque todos los que apliquen)

| ¿Estuvo satisfecho con el programa o servicio? | No Aplica | ¿Estuvo satisfecho con el programa o servicio? | | | | | | | | | |
|--|-----------|--|----|------------|----|--------------|----|------------|----|-------------|----|
| | | Niño | | Adolecente | | Adulto Joven | | Edad Media | | Mayor (60+) | |
| | | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
| pudo encontrar servicios | | | | | | | | | | | |
| encontró que tan serio es | | | | | | | | | | | |
| tuvo acceso al cuidado durante una crisis | | | | | | | | | | | |
| obtener tratamiento | | | | | | | | | | | |
| tratamiento o rehabilitación coordinada atreves de algunos proveedores | | | | | | | | | | | |
| cuidado residencial | | | | | | | | | | | |
| asistencia con cuidado de medicina | | | | | | | | | | | |
| asistencia con cuidado personal | | | | | | | | | | | |
| entrenador de trabajo para ayuda individual | | | | | | | | | | | |
| Asistencia de trabajo | | | | | | | | | | | |
| transportación que usted no puede proveer | | | | | | | | | | | |
| encontró cuidado para adultos | | | | | | | | | | | |
| encontró apoyo /grupos de apoyo | | | | | | | | | | | |
| asistencia con visitas al hogar | | | | | | | | | | | |
| encontró alojamiento transitorio o de recuperación | | | | | | | | | | | |
| encontró vivienda de apoyo permanente | | | | | | | | | | | |
| encontró vivienda independiente para personas | | | | | | | | | | | |

7. Ha tenido que cancelar una cita para servicios por un **miembro de su casa**? (marque todos los que aplican)

- La persona no tenía suficiente energía o no se sentía lo suficiente bien para ir
- La seguridad no cubría el costo
- El copago o reductible estaba muy alto
- Tenía los recursos financieros pero no quería gastar el dinero
- No tenía los recursos financieros para pagar
- No tenía transportación para la cita
- No quería que alguien más supiera que en nuestro hogar hay este problema
- Conflicto con el tiempo y otras cosas que se tenían que hacer
- No sentimos que la persona todavía necesitara ir a la cita
- ¿Otras razones? Por favor explique _____

Parte III. Acerca de Usted

8. Masculino _____ Femenino _____

9. Edad: _____
 _____ Menos de 18 _____ 19 to 29 _____ 30 to 44 _____ 45 to 59 _____ 60 to 79 _____ 80+

10. ¿Donde vive usted? _____ Condado de Winnebago _____ Condado de Boone Otro. ¿Qué ciudad o condado? _____

11. ¿Tiene cobertura de salud medica?
 Medicaid o subsidiadas por el gobierno
 Medicare
 Medicare y suplemento
 Provisto por el Empleo
 Lo compre
 No estoy cubierto (pase a la pregunta 12)
 No lo sé (pase a la pregunta 12)
12. ¿Sabe cómo usar su seguridad para obtener cuidado de salud mental?
 Si, y lo he usado Si, pero no lo he usado para cuidado de salud mental No
13. ¿Siente que tiene los recursos financieros necesarios para cubrir el costo de salud mental si lo necesita?
 Si No No estoy seguro
14. ¿Qué idioma hablan más frecuente en casa?
 Ingles Español Otro _____

Parte 4. Últimos Pensamientos

15. ¿Hay algo más que usted piensa que debemos saber?

Cuando termine, favor de regresar esta encuesta en una de las siguientes maneras:

- (1) Use la caja de colección en la localidad donde está completando la encuesta.
- (2) Regrese la encuesta a la área de recepción de
Al Departamento de Salud del Condado de Winnebago en el 401 Division Street, Rockford, IL
Al Departamento de Salud del Condado de Winnebago en el 555 North Court Street, Rockford, IL
Las oficinas del Condado de Winnebago en el 404 W. Elm Street, Rockford, IL
- (3) Envíelo a
Winnebago County Health Department
ATTN: MHAC
401 Division Street
P.O. Box 4009
Rockford, IL 61110
- (4) Escanee y envíelo a MHAC@wchd.org

¡Muchas Gracias!