

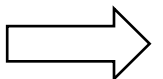
*El Equipo del Consumidor de Satisfacción, Inc.  
520 N. Delaware Avené, 7th Flor  
Filadelfia, PA 19123  
Oficina: (215) 923-9627  
Fax: (215) 923-1034  
www.thecst.org*

*LA Familia/Sistema de Soporte Formulario  
2016-2017*

*CST le gustaría saber lo que piensa de los servicios de salud mental que su ser querido recibe. Por favor tome unos minutos para completar y entregar este formulario.*

1. *¿Cuál es su código postal? \_\_\_\_\_*
  
2. *¿Qué tipo de servicios recibe su miembro su familia/ser querido? (Circule el que aplica)*
  - *Servicios de Salud Mental para adultos (MH)*
  - *Sustancias utilizar (SU)*
  - *Servicios de salud Conductual para niño(a)/adolescente*
  - *Dúo/Co-Ocurrentes (MH/SA)*
  
3. *¿Cuál es el nombre de la agencia que provee servicios a su miembro de familia/ser querido?*
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. *¿Sientes que el proveedor de servicios de su ser querido ofrece recursos que impulsar y motiva a su ser querido para que pueda tomar la responsabilidad para estar bien? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_*  
*Si es así, por favor explique:*
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. *¿Cuáles son algunas de las cosas que su ser querido hace en la comunidad para ayudarlo estar bien? Circule todo que aplique:*
  - *Iglesia*
  - *Biblioteca*
  - *Centro Comunitario*
  - *Centro de Recreación (juegos)*
  - *Escuela*
  - *La reuniones de apoyo entre compañeros (AA/NA/CA)*
  - *Trabajar de Voluntario*
  - *Otro: \_\_\_\_\_*

**ENTREGAR**



6. *¿Qué recursos se necesita en el ambiente de su miembro de familia/su ser querido para ayudar a mejorar su calidad de vida?*

*(Circule lo sientes que es más necesario)*

- *Viviendas*
- *Empleo*
- *Educación*
- *Acceso a la atención medica*
- *Acceso a los alimento de nutrición*
- *Ninguna*
- *Otro: \_\_\_\_\_*

*Por favor explique su respuesta:*

7. *¿El proveedor de los servicios de salud mental de su miembro de familia/ser querido ofrece recursos para ayudar to su miembro de familia/ser querido obtener lo siguiente?*

- *Viviendas*
- *Empleo*
- *Educación*
- *Acceso a la atención medica*
- *Acceso a los alimento de nutrición*
- *Recursos de la comunidad*
- *Actividades Sociales*
- *Otro: \_\_\_\_\_*

*Por favor, explique su respuesta:*

8. *¿Qué información se necesita en su comunidad para aumentar conciencia y motivar a la gente para mejorar su salud y su ambiente?*

8A. *¿Dónde piensas que esta información debería estar disponible en su comunidad?*

9. *¿Quién paga los arreglos de tratamiento o arreglos de vivienda de su ser querido?*  
*(Circule una)*

- *CBH (Medico- Asistencia Pública)*
- *BHSI (Sin seguro para los servicios de SU)*
- *Medicare o Seguro Privado*
- *OMH (Oficina de Salud Mental)*

*Opcional: Si desea que CST tenga contacto con usted, por favor indique:*

*Nombre: \_\_\_\_\_*

*Teléfono: \_\_\_\_\_*