

# Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA) Formulario de comentarios de la comunidad de partes interesadas en la Innovación

Como alternativa a esta encuesta en línea de Google, hay una versión electrónica en formato PDF de la encuesta disponible en el siguiente sitio web

<https://www.rcdmh.org/MHSA/Innovation> , y puede enviarse por correo electrónico

a [BHCulturalComp@ruhealth.org](mailto:BHCulturalComp@ruhealth.org) o por fax al 951-955-7205 o enviado por correo a

El Sistema de Salud Integral de Riverside, Oficina de Administración de MHSA (Innovación), 2085 Rustin Ave., MS #3810, Riverside, CA 92507.

Además, puede dejar sus comentarios en el correo de voz de comentarios de MHSA Innovación al (951) 358-3014.

Propósito de la encuesta:

La siguiente encuesta de Google se desarrolló para recopilar opiniones de las partes interesadas y de la comunidad sobre la propuesta del Proyecto de Innovación sobre trastornos alimentarios del Sistema de Salud Integral de Riverside (RUHS-BH por sus siglas en inglés). Los proyectos de Innovación de MHSA son únicos ya que tienen como objetivo probar la implementación de métodos novedosos y creativos de prácticas de salud mental que produzcan resultados exitosos y que contribuyan al aprendizaje para la integración en el sistema de salud mental. Un Proyecto de Innovación es un proyecto que el Sistema de Salud Integral de Riverside (RUHS-BH) diseña e implementa durante un período de tiempo definido (hasta cinco años). Por ley, el 5 % de los fondos locales de MHSA deben utilizarse para proyectos de Innovación. RUHS-BH ha desarrollado un plan de Innovación centrado en las prácticas recomendadas para un Programa Intensivo de Trastornos Alimentarios Ambulatorios (ED-IOP por sus siglas en inglés). Gracias por tomarse el tiempo para revisar el plan de Innovación y brindar cualquier opinión o comentario que pueda tener sobre este proyecto.

\* Indicates required question

---

1. Yo entiendo cuál el propósito del Proyecto de Innovación de Trastornos Alimentarios. \*

*Mark only one oval.*

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutral
- De Acuerdo
- Muy de acuerdo

2. ¿Está usted satisfecho con las actividades descritas en el Proyecto de Innovación? \*

*Mark only one oval.*

- Muy Satisfecho
- Satisfecho
- Neutral
- Insatisfecho
- Muy Insatisfecho

3. ¿Apoya usted que RUHS-BH utilice fondos para implementar este Proyecto de Innovación de Trastornos Alimentarios? \*

*Mark only one oval.*

- Apoyo firmemente
- Apoyo
- Neutral
- Opuesto
- Firmemente Opuesto

4. ¿Tiene alguna preocupación acerca del proyecto de innovación descrito? \*

*Mark only one oval.*

- Ninguna preocupación
- Alguna(s) Preocupación(es)
- No estoy seguro/a
- Tengo Preocupaciones
- Tengo muchas preocupaciones

5. ¿Si tiene alguna(s) preocupación(es), cuál es/cuáles son?

---

---

---

---

---

6. ¿Tiene algunas ideas para agregar al Proyecto de Innovación?

---

---

---

---

---

¿Tiene algunas otras recomendaciones o comentarios acerca del Proyecto de Innovación?

Cuéntenos sobre usted (todas las respuestas son opcionales)

7. Edad:

*Mark only one oval.*

- 0-15
- 16-25
- 26-59
- 60+

8. Raza/Etnia (Seleccione todo lo que corresponda):

*Check all that apply.*

- Hispano/a/x o Latino/a/x
- Asiático/a/x
- Nativo/a/x de Hawaii o Isleño/a/x del Pacífico
- Negro/a/x o Afroamericano/a/x
- Blanco/a/x o Caucásico/a/x
- Medio Oriente o Norte de África
- Indígena Americano/a/x o Nativo/a/x de Alaska
- Otro

9. ¿Es usted una persona con alguna discapacidad? Si la respuesta es sí, por favor especifique.

---

---

---

---

---

10. Sexo:

*Mark only one oval.*

- Femenino
- Masculino
- Prefiero no decirlo

11. Identidad de género:

*Mark only one oval.*

- Niña/Mujer
- Niño/Hombre
- Transgénero
- No-Binario
- Fluido de género
- Cuestionando o Inseguro

12. Usted se identifica como:

*Mark only one oval.*

- Heterosexual
- Lesbiana
- Homosexual
- Bisexual
- Cuestionando o inseguro
- Prefiere no contestar

13. ¿Es usted responsable del cuidado de un niño o joven de 25 años o menos?

*Mark only one oval.*

- Si
- No

14. ¿Es usted Veterano/a?

*Mark only one oval.*

- Si
- No

15. Nombre:

---

16. ¿Con qué grupo se identifica usted actualmente?

*Check all that apply.*

- Consumidor/Persona con experiencia vivida/tiene desafíos de salud mental
- Miembro de la familia/cuidador de una persona con enfermedad mental/problemas de salud mental
- Profesional de salud mental/salud física/uso de sustancias/proveedor de servicios
- Organización religiosa
- Agencia de Orden Público
- Miembro de la comunidad
- Empleado de RUHS-BH
- Proveedor comunitario de salud mental
- Otro:

17. Si indicó "otro" arriba, ¿ayúdenos a entender a qué grupo de interés pertenece?

---

18. Si desea que nos comuniquemos con usted sobre este proyecto de Innovación, proporcione su nombre e información de contacto.

---

---

---

---

---

---

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms