
CAHPS[®] Outpatient Mental Health Survey

Language: Spanish

Notes

- The Outpatient Mental Health Survey can be used for all patients receiving care for mental, emotional, or behavioral health issues in ambulatory care settings or in health centers with integrated mental health care. Learn more at: [CAHPS Mental Health Surveys](#)
- **Front cover:** Users should replace the cover of this document with their own front cover, with a user-friendly title and their own logo.

Sus Medicamentos Con Receta

1. ¿En los últimos 6 meses ha tomado algún medicamento con receta por cualquier razón relacionada con su salud mental?
 ¹ Sí
 ² No → **Si marcó No, pase a la pregunta 5**
2. ¿Qué clase de proveedor es la persona que le receta la medicina para su salud mental?
 ¹ Psiquiatra (médico)
 ² Principal proveedor de atención médica (un médico o una enfermera especializada)
 ³ Otro doctor (por favor describa:

 ⁴ No está seguro(a) qué clase de proveedor es
3. En los últimos 6 meses, ¿qué tan difícil fue para usted hacer una cita con la persona que le receta la medicina para su salud mental?
 ¹ Muy difícil
 ² Algo difícil
 ³ No muy difícil
 ⁴ Nada difícil
4. En los últimos 6 meses, ¿la persona que le recetó la medicina para su salud mental también le dio algún tipo de consejería de salud mental?
 ¹ Sí → **Si marcó Sí, vaya a la pregunta 6**
 ² No

Cómo Obtener Consejería En Salud Mental

Las siguientes preguntas se refieren a toda la consejería de salud mental que recibió en los últimos 6 meses. La consejería puede ser en persona, por teléfono o por video. Incluya en sus respuestas toda la consejería de salud mental.

5. En los últimos 6 meses, ¿recibió consejería por cualquier motivo?
 ¹ Sí
 ² No → **Si marcó No, vaya a la pregunta 23**
6. En los últimos 6 meses, ¿cuántas personas distintas le dieron consejería para su salud mental?
 ¹ 1 persona
 ² 2 personas distintas
 ³ 3 o más personas distintas
7. En esta encuesta, “su principal consejero de salud mental” quiere decir el consejero de salud mental con quien usted habló con más frecuencia en los últimos 6 meses. ¿Qué clase de proveedor es su principal consejero de salud mental?
 ¹ Psicólogo clínico
 ² Psiquiatra (médico)
 ³ Trabajador social
 ⁴ Principal proveedor de atención médica (un médico o una enfermera especializada)
 ⁵ Otro (por favor, describa:

 ⁶ No está seguro(a) qué clase de proveedor es

CAHPS Outpatient Mental Health Care Survey

8. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces vio o habló con su consejero principal de salud mental?

- 1 a 5 veces
- 6 a 10 veces
- 11 a 20 veces
- Más de 20 veces

9. ¿Hace cuánto tiempo recibe atención de su principal consejero de salud mental?

- Menos de 6 meses
- De 6 a 11 meses
- De 1 a 2 años
- Más de 2 años → **Si más de 2 años, vaya a la pregunta 12**

10. ¿Qué tan difícil fue encontrar este consejero de salud mental?

- Muy difícil
- Algo difícil
- No muy difícil → **Vaya a la pregunta 12**
- Nada difícil → **Vaya a la pregunta 12**

11. ¿Por qué fue difícil encontrar su principal consejero de salud mental?

- Mi consejero no estaba en la red
- No pude encontrar un consejero que estuviera tomando nuevos pacientes.
- No había ningún consejero cerca de donde vivo
- Otro, describa:

12. En los últimos 6 meses, ¿qué tan difícil fue hacer citas con su principal consejero de salud mental?

- Muy difícil
- Algo difícil
- No muy difícil
- Nada difícil

13. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su principal consejero de salud mental lo/la escuchaba con atención?

- Nunca
- Algunas veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

14. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su principal consejero de salud mental demostró respeto por lo que usted tenía que decir?

- Nunca
- Algunas veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

15. En los últimos 6 meses, ¿habló con su principal consejero de salud mental sobre fijar metas para su tratamiento?

- Sí
- No → **Si marcó No, vaya a la pregunta 17**

16. Al fijar las metas de su tratamiento, ¿qué tanto su principal consejero de salud mental tuvo en cuenta lo que es importante para usted?

- Nada
- Poco
- Algo
- Mucho

17. En los últimos 6 meses, ¿recibió algún tipo de asesoramiento con su consejero principal de salud mental por teléfono o video?

- ¹ Sí
² No → Si marcó No, vaya a la pregunta 19

18. ¿Qué tal ha funcionado la visita telefónica o por video?

- ¹ Para nada bien
² No demasiado bien
³ Bastante bien
⁴ Muy bien

Acceso o Ayuda Entre Citas

19. ¿Su principal consejero de salud mental le dio información sobre qué debía hacer si usted necesitaba ayuda o apoyo entre sus citas programadas?

- ¹ Sí
² No

20. En los últimos 6 meses, ¿trató de ponerse en contacto con su principal consejero de salud mental para conseguir ayuda o apoyo entre sus citas programadas?

- ¹ Sí
² No → Si marcó No, vaya a la pregunta 22

21. En los últimos 6 meses, cuando se puso en contacto con su principal consejero de salud mental, ¿con qué frecuencia recibió la ayuda o apoyo que necesitaba?

- ¹ Nunca
² Algunas veces
³ La mayoría de las veces
⁴ Siempre

22. Usando un número del 0 al 10, donde 0 es el peor consejero de salud mental posible y 10 es el mejor consejero de salud mental posible, ¿qué número usaría para calificar a su principal consejero de salud mental de los últimos 6 meses?

- 0 Peor consejero de salud mental posible
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 Mejor consejero de salud mental posible

Recibiendo Servicios de Salud Mental

23. “Los servicios de salud mental” incluye consejería de salud mental y cualquier medicina que usted pueda tomar por motivos de salud mental. En los últimos 6 meses, ¿recibió todos los servicios de salud mental que necesitó?

- ¹ Sí
² No
³ No necesité ningún servicio → Vaya a la pregunta 27

24. ¿Por cuántos de los servicios de salud mental que recibió en los últimos 6 meses pagó usted por su cuenta?

- ¹ Todos
² La mayor parte
³ Algunos
⁴ Ninguno → Si marcó ninguno, vaya a la pregunta 26

25. En los últimos 6 meses, ¿qué tan difícil le fue a usted pagar por los servicios de salud mental que recibió?

- 1 Muy difícil
- 2 Algo difícil
- 3 No muy difícil
- 4 Nada difícil

26. En los últimos 6 meses, ¿hubo algún servicio de salud mental que usted creyó que necesitaba pero no podía pagarlo?

- 1 Sí
- 2 No

Su Salud y Bienestar

27. En los últimos 6 meses, ¿recibió algún servicio de salud mental para ayudarlo/a con el consumo de alcohol o drogas?

- 1 Sí
- 2 No

28. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

29. En general, ¿cómo calificaría toda su salud emocional o mental?

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

Sobre Usted

30. ¿Qué edad tiene?

- 1 18 a 24
- 2 25 a 34
- 3 35 a 44
- 4 45 a 54
- 5 55 a 64
- 6 65 a 74
- 7 75 o más

31. ¿Cuál fue el sexo asignado al nacer, por ejemplo, en su certificado de nacimiento?

- 1 Femenino
- 2 Masculino

32. ¿Cuál es su género actual? Marque uno o más.

- 1 Femenino
- 2 Masculino
- 3 No binario
- 4 Uso un término diferente

33. ¿Cuál es el grado, año o nivel de estudios más alto que ha completado?

- 1 8° grado/año o menos
- 2 Algo de *high school*, pero no se graduó
- 3 Se graduó de *high school* o tiene GED
- 4 Algo de *college* o título de 2 años
- 5 Título de *college* o universidad de 4 años
- 6 Más que un título de *college* de 4 años

34. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana o latina?

- 1 Sí, hispano(a) o latino(a)
- 2 No, no hispano(a) o latino(a)

35. ¿Cuál es su raza?

Por favor marque una o más respuestas.

- ¹ Indígena de las Américas o nativa de Alaska
- ² Asiática
- ³ Negra o afroamericana
- ⁴ Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- ⁵ Blanca
- ⁶ Otra

36. ¿Alguien lo/la ayudó a completar esta encuesta?

- ¹ Sí
- ² No → **Gracias. Por favor, devuelva la encuesta completada en el sobre adjunto pagado.**

37. ¿Cómo lo/la ayudó esa persona? Marque una o más respuestas.

- ¹ Me leyó las preguntas
 - ² Anotó las respuestas que dí
 - ³ Respondió las preguntas por mí
 - ⁴ Me tradujo las preguntas a mi idioma
 - ⁵ Me ayudó de alguna otra forma
- Por favor escriba en letra de imprenta*

Gracias.

Por favor devuelva la encuesta completada en el sobre prepagado.