



# Riverside University Health System – Behavioral Health Mental Health Services Act (MHSA)



## Encuesta de Actualización del Plan de MHSA

Los formularios pueden ser enviados por correo a:

**Riverside University Health System – Behavioral Health, MHSA Administration,**  
2085 Rustin Ave., MS #3810, Riverside, CA 92507

o enviarse por correo electrónico a: [MHSA@ruhealth.org](mailto:MHSA@ruhealth.org); o por fax al 951-955-7205

o deje sus comentarios en el buzón de voz de MHSA en el 951-288-4692

o enviar electrónicamente a <https://forms.office.com/g/8L3Rqv5Hcj>

¿Qué programas de salud mental conoce y le gustaría mantener?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Qué programas de salud mental conoce y le gustaría que cambiáramos?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Qué otras ideas o comentarios tiene sobre los servicios de salud del comportamiento o sobre el plan de MHSA?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

	Muy satisfecho	Algo satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Algo insatisfecho	Muy insatisfecho
En general, ¿cómo se siente sobre el Plan?	<input type="checkbox"/>					

Por favor comparta información sobre usted. Todas las preguntas son opcionales. Gracias por compartir.

<b>Nombre:</b> _____		<b>Fecha de Hoy:</b> ____/____/____	
<b>Edad:</b> <input type="checkbox"/> 0 - 15 <input type="checkbox"/> 16 - 25 <input type="checkbox"/> 26 - 59 <input type="checkbox"/> 60+	<b>¿Cuál es su idioma preferido?</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lengua de Señas Americana <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Ciudad de Residencia:</b> _____  <b>Código Postal:</b> _____	
<b>Raza/Etnicidad:</b> Seleccione todas las opciones que correspondan			
<input type="checkbox"/> Hispano(a/e) o Latino(a/e): <input type="checkbox"/> Mexicano(a/e)/Mexicano(a/e) Americano(a/e)/Chicano(a/e) <input type="checkbox"/> Centroamericano(a/e) <input type="checkbox"/> Otro Hispano(a/e) _____		<input type="checkbox"/> Blanco(a/e) o Caucásico(a/e) <input type="checkbox"/> Medio Oriente o Norte de África <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Judío(a/e) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Asiático(a/e): <input type="checkbox"/> Filipino(a/e) <input type="checkbox"/> Coreano(a/e) <input type="checkbox"/> Chino(a/e) <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático(a/e): _____		<input type="checkbox"/> Indio(a/e) Americano(a/e) o Nativo(a/e) de Alaska <input type="checkbox"/> Cahuilla <input type="checkbox"/> Chemehuevi <input type="checkbox"/> Cupeño <input type="checkbox"/> Luiseño <input type="checkbox"/> Serrano <input type="checkbox"/> Tongva <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Nativo(a/e) de Hawái u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro(a/e) o Afroamericano(a/e) <input type="checkbox"/> Caribe <input type="checkbox"/> Haitiano(a/e) <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Descripción Propia: _____	
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<b>¿Es usted una persona discapacitada?</b> <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> No	
<b>Identidad de Género:</b> <input type="checkbox"/> Niña/Mujer <input type="checkbox"/> Niño/Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No-binario <input type="checkbox"/> Genero Fluido <input type="checkbox"/> Cuestionándose <input type="checkbox"/> Descripción Propia: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		<b>¿Se identifica como?</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Cuestionándose <input type="checkbox"/> Descripción Propia: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
<b>¿Es usted responsable del cuidado de un niño o joven de 25 años o menos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>¿Es usted veterano(a/e)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	