



Afiliado de NAMI:

Estado:

Fecha:

Grupo de apoyo:	NAMI Conexión	Grupo de apoyo para familiares de NAMI	Otro (designar por favor)
-----------------	---------------	--	---------------------------

1. ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes?	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
El grupo de apoyo fue útil para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los facilitadores de Grupo de Apoyo para Familiares de NAMI se comunicaron de manera efectiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El grupo de apoyo me proveyó recursos y habilidades que me ayudarán a tomar las mejores decisiones de tratamiento para mí o para mi ser querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El grupo de apoyo de ayudó a entender que los síntomas de enfermedades mentales son parte de la persona que vive con la enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El grupo de apoyo me ayudó a entender que las enfermedades mentales son condiciones biológicas que no son culpa de nadie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Este grupo de apoyo me proveyó información y recursos que me ayudarán a manejar situaciones de crisis relacionadas con enfermedades mentales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El grupo de apoyo me ayudó a tener esperanza para el futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Qué tan probable es que recomiende este programa a otra persona?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada probable

Extremadamente probable

3. ¿Como podemos mejorar este grupo de apoyo?



4. ¿Esta fue su primera vez asistiendo a el grupo de apoyo?

Si	No
----	----

5. ¿Qué probabilidades hay de que siga asistiendo a el grupo de apoyo?

Muy Improbable	Improbable	Inseguro	Probable	Muy probable
----------------	------------	----------	----------	--------------

6. Ahora que ha participado en el grupo de apoyo, ¿qué otra información sería útil para usted?

--

7. ¿Cómo se enteró del grupo de apoyo?

Afiliado de NAMI	Correo electrónico de NAMI	Sitio web de NAMI.org	Redes sociales
Familia o amigo	Profesional de la salud mental	Otro:	

8. ¿Otros comentarios?

--



Afiliado de NAMI:

Estado:

Fecha:

Grupo de Apoyo:

NAMI Conexión

Grupo de apoyo para familiares de NAMI

Otro (designar por favor)

Usted puede decidir contestar o no contestar las siguientes preguntas. NAMI siempre respeta su privacidad y siempre maneja su información confidencialmente y con mucho cuidado. Su información **nunca** será compartida fuera de NAMI de una manera que le identifique.

1. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su código postal? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es su raza, etnia u origen?

- Indio americano o native de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Origen hispano, latino o español
- Oriente Medio o África del Norte
- Hawaiano native u otro isleño del Pacífico
- Blanco
- Prefiero no responder
- Prefiero otro término (nombre): \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál describe más de cerca su género?

- Agénero
- Hombre
- Mujer
- No binario, fluido de género o género no conforme
- No seguro
- Transgénero
- Prefiero no responder
- Prefiero otro término (nombre): \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es su orientación sexual? Elija todas con las se identifique.

- Asexual
- Bisexual
- Heterosexual

- Homosexual (Gay)
- Insegura/o/e
- Lesbiana
- Pansexual
- Queer
- Prefiero no responder
- Prefiero otro termino (nombre): \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas, reservas o Guardia Nacional de los Estados Unidos?

- Nunca sirvé en el ejército
- Solo en servicio active para entrenamiento en las reservas o la guardia nacional
- Activo en servicio ahora
- En servicio active en el pasado, pero no ahora (veteran/ ex militar)
- Prefiero no responder

7. ¿Cuales de los siguientes desafíos físicos, mentales o emocionales le causan dificultades?

- Discapacidad auditive o discapacidad auditva grave (por ejemplo, sordera)
- Discapacidad visual grave (por ejemplo, ceguera)
- Recordar, concentrarse o tomar decisiones
- Caminar, subir escaleras, usar las manos, alcanzar, levantar o cargar
- Vestirse, bañarse o moverse dentro de la casa
- Salir solo de casa (por ejemplo, para comprar o ir a un medico)
- Encontrar, mantener o tener un trabajo
- Ninguno de los anteriores
- Prefiero no responder

8. ¿Qué desafíos, si los hay, enfrenta para encontrar ayuda para su salud física y mental?

- Cuidado de niños
- Preocupaciones sobre lo que otros pensarán de mí
- Financierol (falta de seguro médico, cobertura insuficiente o copago)
- Transporte
- Trabajo, no tener tiempo libre
- Ninguno de los anteriores
- Prefiero no responder
- Insegura/o/e
- Algo mas: \_\_\_\_\_