

## The Retrospective PCCC (PCCC-RS) SPANISH

### INCLUSION QUESTION

En los últimos 6 meses, ¿habló sobre anticoncepción o sobre la prevención de embarazos con algún miembro del equipo de atención médica (incluido cualquier médico, enfermera, asistente médico, etc.)?

Sí                      No

[IF YES, CONTINUE TO PCCC-RS MEASURE]

[IF NO, SKIP PCCC-RS MEASURE]

### RETROSPECTIVE PCCC (PCCC-RS)

Piense en las citas en las que habló sobre anticoncepción o prevención del embarazo en los últimos 6 meses.

**En general, ¿cómo cree que estuvieron los miembros del equipo de atención médica (incluido cualquier médico, enfermera, asistente médico, etc.)?**

*Por favor califíquelos en cada uno de los siguientes aspectos.*

|  | Malo | Regular | Bueno | Muy bueno | Excelente |
|--|------|---------|-------|-----------|-----------|
|--|------|---------|-------|-----------|-----------|

|                         |   |   |   |   |   |
|-------------------------|---|---|---|---|---|
| Respetarme como persona | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------|---|---|---|---|---|

|                                                                       |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Permitirme decir lo que más me importa sobre mi método anticonceptivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|

|                                                            |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Tomar en cuenta mis preferencias sobre los anticonceptivos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|

|                                                                                                  |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Entregarme la información suficiente para tomar la mejor decisión sobre mi método anticonceptivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|