

Encuesta sobre Asesoramiento Anticonceptivo Centrado en la Persona (PCCC) Español (Spanish)

Fecha: _____

Esta encuesta es sobre su visita reciente a la clínica. Sus respuestas son privadas. Sus proveedor(a)s de atención médica no verán sus respuestas individuales.

¿Usted y su proveedor(a) hablaron sobre sus opciones de métodos anticonceptivos durante su visita?

☐ Sí ☐ No

Por favor, complete el resto de la encuesta lo mejor que pueda. Está bien dejar la pregunta en blanco si no puede responder.

Piense en su visita. ¿Cómo le fue la visita con el/la proveedor(a)? Por favor califíquelo(a) con respecto a las siguientes cualidades marcando con un círculo en el número que corresponda.					
	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