

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

Fecha: _____

Esta encuesta es sobre su visita reciente a la clínica. Tus respuestas son privadas. Sus proveedores de atención médica no verán sus respuestas individuales.

¿Hablaron usted y su proveedor sobre sus opciones anticonceptivas durante su visita?

☐ Sí ☐ No

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

Piensa en tu visita. ¿Cómo crees que le fue al proveedor? <i>Califíquelo en cada uno de los siguientes aspectos rodeando un número.</i>	Pobre	Regular	Bien	Muy Bien	Excelente
Respetarme como persona	1	2	3	4	5
Me dejó decir lo que me importaba sobre mi método anticonceptivo	1	2	3	4	5
Tomar en serio mis preferencias sobre mis métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5
Me dio suficiente información para tomar la mejor decisión sobre mi método anticonceptivo	1	2	3	4	5

Preguntas Opcionales

Las siguientes preguntas son opcionales. Solicitamos esta información para ayudarnos a comprender qué voces pudimos incluir en estas encuestas.

¿Cuántos años tienes? _____

¿Qué describe mejor su raza y tu origen étnicidad? (Marque todas las que correspondan)

- ☐ Asiático/a
- ☐ Negro/a o Afroamericano/a
- ☐ Latino/a o Hispano/a
- ☐ Del Medio Oriente o del Norte de África
- ☐ Indígena Americano/a o Nativo/a de Alaska
- ☐ Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico
- ☐ Blanco/a
- ☐ Multirracial o más de una raza
- ☐ Otro (por favor especifica): _____

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se identifique?

- ☐ Heterosexual
- ☐ Gay o Lesbiana
- ☐ Bisexual
- ☐ Queer
- ☐ Pansexual
- ☐ Asexual
- ☐ Uso un término diferente (por favor especifica): _____
- ☐ Todavía no estoy seguro/a
- ☐ Prefiero no responder

¿Qué sexo te asignaron al nacer, en tu acta de nacimiento original?

- ☐ Masculino
- ☐ Femenina
- ☐ Otro sexo (por favor especifica): _____
- ☐ No lo sé
- ☐ Prefiero no responder

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su género actual? Por favor elija la(s) opción(es) con la(s) que más se identifica. Marque todas las que aplique.

- ☐ Hombre o muchacho
- ☐ Mujer o muchacha
- ☐ Hombre trans o muchacho trans
- ☐ Mujer trans o muchacha trans
- ☐ No binario/a o genderqueer
- ☐ Agénero
- ☐ No sé o cuestionando
- ☐ Otro género (por favor especifica): _____

¿Eres una persona con discapacidad o enfermedad/condición crónica que impacta sus actividades de aprendizaje, trabajo o vida diaria?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder

¡Gracias por tomar nuestra encuesta!