

# 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

## Preguntas Opcionales

**Las siguientes preguntas son opcionales. Solicitamos esta información para ayudarnos a comprender mejor a las personas que participan en esta encuesta.**

¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_

¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones describen mejor su raza o su origen étnico? (Marque todas las que correspondan)

- Asiático/a
- Negro/a o Afroamericano/a
- Hispano/a, Latino/a o de Origen Latinoamericano
- De Medio Oriente o de África del Norte
- Indígena/a o Nativo/a de Alaska
- Nativo/a de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco/a
- Multirracial o más de una raza
- Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su orientación sexual?

- Heterosexual
- Gay o lesbiana
- Bisexual
- Queer
- Pansexual
- Asexual
- Uso otro término (por favor especifique): \_\_\_\_\_
- Aún no estoy seguro/a
- Prefiero no responder

¿Qué sexo se le asignó al nacer?

- Masculino
- Femenino
- Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_
- No lo sé
- Prefiero no responder

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su identidad de género actual? (Puede seleccionar más de una opción)

- Hombre o muchacho
- Mujer o muchacha
- Hombre trans o muchacho trans
- Mujer trans o muchacha trans
- No binario/a o de género diverso
- Agénero
- No estoy seguro/a o estoy cuestionando mi identidad de género
- Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

¿Es usted una persona con discapacidad o con una enfermedad o condición crónica que afecta sus actividades de aprendizaje, trabajo o vida diaria?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

***¡Gracias por completar esta encuesta!***