

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 tiene? _____

¿Qué describe mejor su raza y/u origen étnico? (Marque todas las que corresponda)

- Asiático
- Negro / Afroamericano
- Latino / Hispano
- Medio Oriente / Árabe
- Nativo americano / Nativo de Alaska
- Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico
- Blanco
- Multirracial
- Otro

¿Qué describe mejor tu orientación sexual?

- Asexual
 - Bisexual
 - Gay o Lesbiana
 - Heterosexual
 - Queer
 - Algo más que no figura aquí
-

¿Cuál es tu identidad de género actual?

- Masculino
 - Femenina
 - Trans Fémina / Trans Mujer
 - Trans Masculino / Trans Hombre
 - Genero queer / Género no conforme
 - Niego declarar
 - Algo más que no figura aquí
-

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

- Si
- No
- Niego declarar

¡Gracias por tomar nuestra encuesta!