

## Encuesta Sobre La Experiencia Del Cliente De Salud Reproductiva

- Gracias por completar esta encuesta.
- Esta encuesta es para ayudar a mejorar las visitas a la clínica.
- Esta encuesta es voluntaria. Si no desea realizar la encuesta, déjela en blanco.
- Combinaremos las respuestas de la encuesta de todos para que su respuesta permanezca anónima.
- No escriba su nombre u otra información personal en la encuesta.
- La encuesta durará unos 5 minutos.

1. Califique al proveedor de atención médica que vio hoy con respecto a las siguientes cualidades. Si la declaración no se aplica a su visita, marque la casilla N / A.						
	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente	N/A
Respetarme como persona	1	2	3	4	5	N/A
Dejándome decir lo que más me importa sobre mi método anticonceptivo	1	2	3	4	5	N/A
Tomando en serio mis preferencias sobre mi método anticonceptivo	1	2	3	4	5	N/A
Entregarme la información suficiente para tomar la mejor decisión sobre mi método anticonceptivo	1	2	3	4	5	N/A

2. Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Si la declaración no le aplica, marque la casilla N / A.						
	Totalmente En Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Totalmente De Acuerdo	N/A
Me siento segura viniendo a esta clínica	1	2	3	4	5	N/A
Me siento cómoda en esta clínica	1	2	3	4	5	N/A
Siento que mi información se mantiene privada en esta clínica.	1	2	3	4	5	N/A

3. Marque con un círculo su respuesta a las siguientes preguntas sobre su visita de hoy. Si la declaración no le aplica, marque la casilla N / A.			
Mis preguntas fueron respondidas	No	Si	N/A
Me sentí apoyado por el proveedor	No	Si	N/A

4. Marque con un círculo su respuesta a las siguientes preguntas sobre su visita de hoy.		
Necesitaba un intérprete para mi visita hoy	No - pase al # 6	Si
Me ofrecieron un intérprete gratis	No	Si
Usé un intérprete hoy	No - explique por qué a continuación	Si

Si respondió que no usó un intérprete hoy. Por favor explique por qué:

---



---

**5. ¿Tiene algún comentario sobre los servicios de interpretación proporcionados por la clínica?**

---



---

**6. ¿Qué podemos hacer para mejorar su próxima visita o para que el espacio de nuestra clínica sea más cómodo?**

---



---

**Finalmente, tenemos algunas preguntas opcionales sobre usted. Estas preguntas nos ayudan a asegurarnos de que todos reciban el mejor servicio.**

**7. ¿Qué edad tiene?**

- 17 años o menos
- 18-24 años
- 25-29 años
- 30-34 años
- 35-39 años
- 40-44 años
- 45 años o más

**8. ¿Cuál es su sexo o género actual?** \_\_\_\_\_

9. ¿Cuál es su raza/etnia u origen étnico? \_\_\_\_\_