

**DEPARTAMENTO DE HIGIENE Y SALUD MENTAL DE MARYLAND**  
*Programa de Planificación Familiar de Maryland del Título X*  
*Boletín Anual de Calificaciones*

*Complete el boletín de calificaciones para que podamos servirle mejor. Devuelva el boletín de calificaciones a la persona identificada del personal. Muchas Gracias.*

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. ¿Son los horarios de la Clínica convenientes?</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p>  | <p>6. Regresaría a la Clínica para recibir servicios de planificación familiar.</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p>   |
| <p>2. Esperé más de 30 minutos para que me atendiera el proveedor.</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> | <p>7. Recomendaría esta clínica a un amigo .</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p>   |
| <p>3. Entiendo como tomar mi método anticonceptivo.</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p>                | <p>8. Es fácil conseguir transporte para llegar a la Clínica de Salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p>   |
| <p>4. Estoy satisfecha de mi visita de planificación familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p>      | <p>9. Tengo cobertura médica por medio de una o dos de las siguientes fuentes. Marque todas las que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid (Tarjeta Morada/Blanca)</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de Salud Privado</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito / Crédito</p> <p><input type="checkbox"/> Pago Directo (Débito/Crédito, Efectivo, Cheque, u Orden de Pago)</p> |
| <p>5. El personal me atendió de forma profesional.</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p>                 |  |

**La siguiente información es opcional:**

**Por favor elija una:** Sexo: Hombre , Mujer , Sexualidad: Bi-Sexual , Heterosexual , Homosexual/Lesbiana , Otro , Prefiero No Decir

**Raza:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana  | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Caucásico            | <input type="checkbox"/> Etnia: Hispano/Latino                 |
| <input type="checkbox"/> Indio estadounidense | <input type="checkbox"/> Desconocida/No Reportada              |
| <input type="checkbox"/> Asiática             |  |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska     |  |

**Marcar el rango en el cual se encuentra:**

**Edad:**  <20 (<15, 15-17, 18-19);  >= 20 (20-24, 25-29, 30-39, 40-44, 45+)

Comentarios: \_\_\_\_\_