

DEPARTAMENTO DE SALUD E HIGIENE MENTAL DE MARYLAND

Encuesta del Programa de Planificación Familiar Título X de Maryland

Por favor llene esta encuesta para que podamos brindarle un mejor servicio. Devuélvala al personal identificado. Muchas gracias.

- 1. El horario de la clínica es conveniente.
 Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo
- 2. Mi espera para ser visto por el proveedor era menos de 30 minutos
 Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo
- 3. Entiendo cómo tomar mi método anticonceptivo.
 Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo
- 4. Estoy satisfecho con mi visita de planificación familiar.
 Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo
- 5. El personal me atendió de manera profesional
 Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo
- 6. Regresaría a la clínica para recibir servicios de planificación familiar.
 Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo
- 7. Recomendaría esta clínica a un amigo.
 Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo
- 8. Es fácil conseguir transporte para llegar a la clínica.
 Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo
- 9. Tengo la siguiente cobertura médica:
 Seguro de Salud Privado
 Medicaid
 Medicaid (Tarjeta Morada y Blanca)
 No tengo cobertura médica

La siguiente información es opcional:

Género: Femenino Masculino Transexual
Sexualidad: Heterosexual Homosexual/Lesbiana Bi-Sexual Prefiero no decir

Raza: Selecciona una o más. Si es multirracial, seleccione las que apliquen:

Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Nativo de Hawái/Islands del Pacífico Blanco

¿Hispano o Latino? Sí No

Edad: <15 15-17 18-19 20-24 25-29 30-39 40-44 45+

Comentarios: _____

