

Cuéntenos sobre su visita de hoy

Queremos saber sobre la experiencia que tuvo hoy en la clínica. Su opinión nos ayudará a saber qué es lo que estamos haciendo bien y qué podemos hacer para mejorar su experiencia. Sus respuestas son anónimas y solo serán vistas por miembros del equipo de evaluación; el personal que lo atendió hoy solo verá un resumen de la información de todas las personas que respondieron a esta encuesta. Si tiene alguna pregunta o inquietud, puede comunicarse con Samantha Ritter en sritter@naccho.org.

Esta encuesta forma parte de una iniciativa, dirigida por la Asociación Nacional de Funcionarios de Salud del Condado y la Ciudad (NACCHO, por sus siglas en inglés) y es financiada por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), a fin de aprender sobre los servicios contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) en todo el país.

Marque la casilla que mejor represente su experiencia de hoy.

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Ninguna opinión/NC
1. El horario de la clínica es conveniente para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El tiempo que esperé estuvo bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La cantidad de tiempo que pasé con el personal durante mi visita me pareció correcta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Los servicios que recibí satisficieron mis necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Confío en el personal que me atendió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me sentí respetado(a) durante el tiempo que estuve en la clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La clínica está en un lugar conveniente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. El entorno de la clínica me hace sentir cómodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El puesto de registro fue fácil de usar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me sentí cómodo tomando mis propias muestras por las pruebas de ITS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me brindaron información fácil de entender sobre porqué necesitaba ciertas pruebas de ITS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me sentí en control sobre los servicios que recibí hoy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. En general, estoy satisfecho(a) con mi visita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ¿Qué es lo más importante para usted cuando elige un lugar para hacerse las pruebas de ITS? (Elija una opción)

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Costo | <input type="checkbox"/> Horarios convenientes | <input type="checkbox"/> Seguridad |
| <input type="checkbox"/> Tiempo de espera | <input type="checkbox"/> Atención de alta calidad | <input type="checkbox"/> Limpieza |
| <input type="checkbox"/> Trato respetuoso | <input type="checkbox"/> Ubicación de la clínica | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Confidencialidad | <input type="checkbox"/> Entrega rápida de resultados | |

15. ¿Por qué vino a este sitio hoy?

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Costo | <input type="checkbox"/> Horarios convenientes | <input type="checkbox"/> Seguridad |
| <input type="checkbox"/> Tiempo de espera | <input type="checkbox"/> Atención de alta calidad | <input type="checkbox"/> Limpieza |
| <input type="checkbox"/> Trato respetuoso | <input type="checkbox"/> Lugar conveniente | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Confidencialidad | <input type="checkbox"/> Entrega rápida de resultados | |

16. En una escala del 1 al 10, ¿qué probabilidades hay de que usted recomiende esta clínica a alguien que conoce para que se realice las pruebas de ITS?

Extremadamente improbable

Extremadamente probable

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. ¿Se había hecho alguna prueba de ITS en esta clínica antes?

- Sí
 No
 No lo sé con seguridad

De ser sí, ¿por qué regresó a esta clínica? _____

18. ¿Qué podemos hacer para mejorar nuestros servicios?

19. ¿Qué otros servicios le gustaría que se ofrezcan en esta clínica?

20. Comparta cualquier comentario adicional.

Cuéntenos sobre usted

21. ¿Qué edad tienes? _____

22. ¿Cómo se describiría a sí mismo? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Indio americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o afroamericano
 Nativo(a) de Hawái u habitante de isla del Pacífico
 Blanco o caucásico
 Prefiere no decir
 No figura: _____

23. ¿Cómo se describiría a sí mismo?

- Hispano, latino/a/x, o de origen español
 No hispano, latino/a/x, o de origen español

24. ¿Cómo se describiría a sí mismo?

- Femenino
 Masculino
 No binario
 Hombre transgénero
 Mujer transgénero
 No figura: _____

25. ¿Qué sexo está indicado en su certificado de nacimiento?

- Femenino
 Masculino
 Prefiere no decir

26. ¿Cómo describiría su orientación sexual?

- Bisexual
 Gay/lesbiana/amante del mismo género
 Heterosexual
 Cuestionado/no estoy seguro
 No figura: _____
 Prefiere no decir

27. ¿Cuál es su código postal? _____

28. ¿Cómo prefiere recibir los resultados de las pruebas de ITS?

- Vía electrónica, a través de un portal para pacientes
 Llamada telefónica
 Mensaje de texto
 Personalmente
 Otro: _____

¡Gracias por completar esta encuesta!

¡Gracias por completar esta encuesta!