ENCUESTA PARA EVALUAR EL ALCANCE DE LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA

¿Por qué tengo que contestar esta encuesta y que harán con la información?
Esta encuesta ayudará a determinar las necesidades de información que existen en la comunidad relacionadas con la salud reproductiva. La salud reproductiva incluye temas relacionados con el control de la natalidad, aspectos del embarazo, infecciones / enfermedades de transmisión sexual (venéreas), planificación familiar, e información relacionada con estos temas. La encuesta se ha diseñado para que usted pueda decirnos el tipo de información que necesita. La información que nos proporcione se usará para poder brindarle una información correcta, mejor y más al día, que satisfaga las necesidades y que sirva para establecer prioridades en nuestro esfuerzo por satisfacer las necesidades de la comunidad.

¿Será confidencial la información que yo les dé?
¡Sí! Por favor **NO** escriba su nombre en esta encuesta. Las respuestas que nos dé se mantendrán privadas. Nadie podrá saber quién es usted. Las preguntas sobre sus datos generales serán usadas *únicamente* para identificar el tipo de persona que contestó la encuesta.

¿Cuánto tiempo llevará contestarla?
De 10 a 15 minutos en promedio, pero por favor tómese el tiempo necesario para contestar la encuesta.

¿Qué tengo que hacer cuando esté contestando la encuesta?
Conteste las preguntas tan completamente como sea posible, después ponga la encuesta ya contestada dentro del sobre largo marcado como "CONFIDENCIAL." Para aquellas personas que la recibieron por correo, ponga el cuestionario contestado dentro del sobre pre-pagado regresándolo por correo ***dentro de los 7 días siguientes.***

Instrucciones para responder a la encuesta:

1. Conteste las preguntas lo más completo posible. Si no está segura / tiene duda de cómo contestar una pregunta, escriba su comentario al lado de la pregunta.

2. Cuando termine de contestarla, colóquela dentro del sobre que dice "CONFIDENCIAL" o, para aquellas personas que lo regresen por correo, use el sobre pre-pagado y deposítelo en el buzón ***dentro de los 7 días siguientes.***

Muchas gracias por sus observaciones!

Estas preguntas son sobre las necesidades de información que usted o su pareja(s) pudieran tener acerca de la salud reproductiva y la importancia que dicha información tiene para su vida y su salud.

I. Pensando en los ***últimos 12 meses, ¿su pareja(s) o usted*** tuvieron necesidad de información relacionada con alguno de los siguientes temas de salud reproductiva? **Haga un círculo indicando "Sí o *No.*"**
Además, ¿qué diferencia ha tenido esta información para su vida o su salud? **Haga un círculo en número** que describe el impacto que tuvo la información en su vida o en su salud.

Temas de salud reproductiva	**¿Su pareja(s) o usted necesitan más información?**	Si respondió "SÍ", ¿qué importancia tuvo esta información para su vida o su salud? **(1 = sin importancia/sólo curiosidad hasta 5 = gran impacto en la vida o salud de la persona)**	**Algún comentario(s)**
Pastillas para el control natal	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Inyecciones de Depo-Provera	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Ortho-Evra ("patch")	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
NuvaRing	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Método de Planificación Familiar Natural/ Conocimiento de la Fertilidad	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Condones/preservativos para el hombre	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Condones para mujeres	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Diafragma	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Espermaticidas (cremas/ jaleas contraceptivas)	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Esponja para control natal	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Anticoncepción de emergencia	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Dispositivo intrauterino (DIU o "aparato")	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Implanon/Nexplanon (implante anticonceptivo)	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Vasectomia (Esterilización masculina)	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Esterilización femenina	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Falla /fracaso anticonceptivo	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
El amamantar y la anticoncepción	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	

Temas de salud reproductiva	**¿Su pareja(s) o usted necesitan más información?**	Si respondió "SÍ", ¿qué importancia tuvo esta información para su vida o su salud? **(1 = sin importancia/sólo curiosidad hasta 5 = gran impacto en la vida o salud de la persona)**	**Algún comentario(s)**
El amamantar como un método anticonceptivo	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Hechos sobre el ciclo menstrual	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Información sobre las disfunciones sexuales y Viagra	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Infertilidad (le hace difícil ser embarazada)	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Hechos sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Enfermedades venéreas /Infecciones de transmisión sexual ***(círcule cuáles en la sección de comentarios)***	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	**¿Cuáles?** Clamydia Sifilis Gonorrea Herpes Chancroides VIH/SIDA Uretritis Cervicitis Verrugas genitales (Virus del papiloma humano) Inflamación Pélvica (PID por sus siglas en inglés) OTRO: _____
Tratamiento de enfermedades/infecciones de transmisión sexual	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Embaraza	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Cuidado prenatel	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Adopción	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Terminación del embarazo /aborto	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
Criterios para iniciar el uso de métodos anticonceptivos (quién puede usar cuál método)	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
OTRO:	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	
OTRO:	Sí o No	1 2 3 4 5 No impacto Algún impacto Gran impacto	

II. ¿Qué es lo más importante que usted necesita conocer para prevenir un embarazo, planear su familia, una enfermedad o infección de transmisión sexual (STD/STI por sus siglas en inglés), o algún otro tema relacionado con la salud reproductiva?

III. ¿Cuáles son otros temas sobre la salud reproductiva, planificación familiar, embarazo o STD/STI que le gustaría conocer o saber más?

IV. ¿Cómo describe usted el ***tipo*** de información sobre la salud reproductiva que está buscando?

Circule todo lo que se relacione:

Sólo hechos	Sólo una revisión	Información a fondo	Investigación	Información clínica	Administrativa	*Otro:*

V. ¿Dónde y por qué medio le gustaría obtener la información actualizada y precisa *(de un profesional de la medicina, un amigo, vía internet, un folleto, libros, asistiendo a una clase o sesión de grupo, la biblioteca, el hospital, el departamento de salud, los colegas, periódico de actualización profesional, otro)?*

VI. ¿Con qué frecuencia usted desea o necesita la información?

Circule lo que se relacione

Una sola vez	Diariamente	Cada mez	Annual mente	Otro:

Estas preguntas permiten una descripción general de quienes contestaron la encuesta.

1. **¿Cuántos años tiene usted?** _____ (Escriba la edad en número que tiene usted)

2. **¿Pertenece usted al género: Masculino?_____ o Femenino? _____**

3. **¿Cuál es el último grado/año que terminó en la escuela?**

1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12	13 14 15 16 17+
Escuela elemental/ Secundaria	Preparatoria	Vocacional/Tecnológico/Escuela de graduados

4. **¿Cómo se describe a sí mismo?**

Circule lo que se relacione:

De origen hispano	No es de origen hispano

Circule todo lo que se relatione:

Indio americano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o Afro-americano
Nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico	Blanco o caucásico	Otro (por favor, explique)

5. **¿Qué describe mejor su estado civil?**

Circule lo que se relacione:

Casado(a)	Viudo (a)	Divorciado/Separado	Soltero, nunca se ha casado	Pareja en una relación entre solteros

6. **¿Cuántas personas viven en su domicilio, incluyéndola a usted y a cualquier niño?**

Circule lo que se relacione:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 o más

7. **¿Cómo describe usted su situación de trabajo actual?**

Marque todas las que apliquen:

Empleado de tiempo completo con sueldo		Estudiante de Universidad / College	
Empleado de tiempo parcial con sueldo		Estudiante de la escuela Preparatoria	
Trabajador independiente		Estudiante de Secundaria (Jr. High en inglés)	
Despedido o sin trabajo		Calificación actual:	
Retirado / pensionado		Otro:	
Ama de casa a tiempo completo			

8. **El año pasado, ¿cuál fue el ingreso total de su familia antes de los impuestos? Incluya todas las fuentes de ingreso que recibieron usted y otras personas que viven en su domicilio.**

Marque un recuadro:

Less than $9,999		$35,000 to $39,999	
$10,000 to $14,999		$40,000 to $49,999	
$15,000 to $19,999		$50,000 to $59,999	
$20,000 to $24,999		$60,000 to $69,999	
$25,000 to $29,999		$70,000 to $79,999	
$30,000 to $34,999		$80,000 to $99,999	
		More than $100,000	

Comentarios:

¿Qué pueden hacer las clínicas de salud reproductiva, los departmentos u organismos públicos de Colorado para alcanzar tener un mayor impacto en la salud reproductive de la comunidad? (Por favor escriba su respuesta en el siguiente espacio)

_____
_____
_____
_____
_____

¿Tiene usted algunos comentarios sobre esta encuesta o sobre su salud reproductiva? Le estamos muy agradecidos por sus opiniones generales o sobre aspectos específicos, especialmente cuando algo no le queda claro o la ha confundido.

_____
_____
_____
_____
_____

Le agradecemos que haya contestado esta encuesta.

Por favor regrese la encuesta dentro del sobre marcado "CONFIDENCIAL" o, para aquellas personas que deseen contestarla por correo, envienlo dentro del sobre pre-pagado *en los próximos 7 días a la atención de:*

(ponga aquí el sello del organismo público con Attn:_____)