

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

Voltear hacia atrás

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!**