



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

Formulario Aprobada
Número OMB: 0920-XXXX
Expira XX/XX/XXXX

Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 10 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y la persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de OMB. Por favor, envíe comentarios sobre este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de recopilación de información a la Oficina de Liquidación de Informes de CDC / ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA, 30033; ATTN: PRA (0920-XXXX).

La información que se le solicita está autorizada a ser recopilada bajo la Sección 301 de la Ley del Servicio de Salud Pública (42 USC 241). Proporcionar esta información es voluntario. CDC utilizará esta información para conocer su satisfacción con el programa Z-CAN. Aún puede recibir servicios elegibles en una clínica Z-CAN sin costo si elige no proporcionar la información o parte de la información. La información que nos provea como parte de este estudio estará protegida bajo la Ley de Privacidad (Sistema de Registros Avisos 09-20-0136).

Bienvenida

El propósito de esta encuesta es recopilar información sobre su satisfacción con el programa Z-CAN. No existen respuestas correctas o incorrectas, y su participación es voluntaria. Como agradecimiento por participar en esta encuesta, usted recibirá una tarjeta de regalo por el valor de \$5 por su tiempo. La encuesta debe tomar aproximadamente 10 minutos para completar. Su información se mantendrá privado. ¡Gracias!



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.1

2 ¿Cuál es su estado civil? ¿Cuál es su estado de relación de pareja?

- Soltera/Nunca me he casado
- Con pareja (no conviviendo)
- Conviviendo (no casada)
- Casada
- Separada/Divorciada
- Viuda



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.2

3 Durante los últimos 6 meses, indique si ha tenido dificultad en pagar alguno de los siguientes (Selecciona **TODAS** las que aplique):

- Transportación
- Hospedaje
- Cuidado médico o medicinas
- Comida
- Ninguna de las anteriores



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.3

4 ¿Qué tipo de plan médico tiene?

- Público (ej., Medicaid/Mi Salud)
- Privado
- Tricare/militar
- Ninguno
- Otros (especifique):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.4

5 Durante los últimos 6 meses, ¿tuvo cita con algún proveedor de servicios médicos?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.5

6 Durante los últimos 6 meses, ¿tuvo cita con el mismo proveedor de atención médica que le proporcionó los servicios de Z-CAN?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.6

7 Durante los últimos 6 meses, ¿para qué servicios consultó con este proveedor?
(Selecciona **TODAS** las que aplique)

- Anticonceptivos
- Chequeo o prueba relacionada con el uso de anticonceptivos
- Prueba o tratamiento de ETS
- Prueba de embarazo
- Cuidado del embarazo
- Otros tipos de atención médica



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.7

8 Durante los últimos 6 meses, ¿tuvo cita con un proveedor de atención médica **distinto del que** le proporcionó sus servicios de Z-CAN?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.8

9 Durante los últimos 6 meses, ¿para qué servicios tuvo cita con ese otro proveedor?
(Selecciona **TODAS** las que aplique)

- Anticonceptivos
- Chequeo o prueba relacionada con el uso de anticonceptivos
- Prueba o tratamiento de ETS
- Prueba de embarazo
- Cuidado del embarazo
- Otros tipos de atención médica



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.9

10 ¿Dónde recibió estos servicios? (Selecciona **TODAS** las que aplique)

- Proveedor privado
- Clínica de salud comunitaria
- Clínica universitaria
- Otros (especifique):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.10

11 ¿Por qué no tuvo cita con un proveedor de servicios médicos en los últimos 6 meses?
(Selecciona **TODAS** las que aplique)

- No he necesitado servicios anticonceptivos u otros servicios de atención médica
- No pude encontrar un proveedor que me atendiera
- No podía pagar una visita
- Estaba preocupada por la privacidad/ confidencialidad
- No podía tomar tiempo libre del trabajo
- Otro



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.11

12 ¿Quiere usted prevenir un embarazo hoy día?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.12

13 ¿Cuál es la razón principal por la que desea prevenir un embarazo en estos momentos?
(*Selecciona una*).

- No puedo con el costo de tener un bebé (u otro bebé) ahora mismo
- No quiero tener un bebé ahora
- No quiero quedar embarazada porque me preocupa el Virus del Zika
- Otros (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.13

14 En los últimos 12 meses, ¿ha estado embarazada?

- No
- Sí
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.14

15 ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha estado embarazada?



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.15

16 Actualmente, ¿está embarazada?

- No
- Sí
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.16

Las próximas preguntas serán sobre embarazos que usted haya tenido en los últimos 12 meses. Si estuvo embarazada más de una vez en dicho periodo, por favor responda, entonces, sobre su embarazo más reciente.

- 17 Pensando en el pasado, justo antes de su embarazo, ¿cómo se sintió al quedar embarazada?
- Quiero quedar embarazada pero en el futuro.
 - Quería quedar embarazada desde antes.
 - Quiero quedar embarazada en estos momentos.
 - No quiero quedar embarazada ni en estos momentos, ni en el futuro.
 - No estoy segura si quería estar embarazada.



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.17

18 Cuando quedó embarazada, ¿usted o su pareja estaban haciendo algo para evitar un embarazo? *Algunas de las cosas que la gente comúnmente hace para evitar embarazos incluyen: el uso de pastillas anticonceptivas (píldora), implantes, condones, técnica de la retirada (eyacular fuera), o planificación natural familiar (ej., método del ritmo).*

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.18

19 ¿Qué método de control de natalidad usaba cuando quedó embarazada? Selecciona **TODAS** las que aplique.

- DIU (Mirena, ParaGard, Liletta, o Skyla)
- Implante contraceptivo (Nexplanon)
- Inyección (DepoProvera)
- Pastillas anticonceptivas (Píldoras)
- Parcho contraceptivo (Xulane) o anillo vaginal (Nuvaring)
- Condones
- Planificación natural familiar (incluyendo el método del ritmo)
- Técnica de retirada (eyacular fuera)
- Otros (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

A.19

20 ¿Cómo se sentiría si quedase embarazada en los próximos 6 meses?

- Muy molesta
- Algo molesta
- Indiferente o no me molestaría
- Algo satisfecha
- Muy satisfecha
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

B.1

Las próximas preguntas van dirigidas a los métodos de control de natalidad que usted está usando actualmente.

21 ¿Está usted utilizando alguno de estos métodos de control de natalidad actualmente?
(*Selecciona una*).

- DIU hormonal (Mirena, Skyla, Liletta)
- DIU de cobre (ParaGard)
- Implante (Nexplanon)
- Inyección contraceptiva (DepoProvera)
- Pastillas anticonceptivas (pildora)
- Anillo contraceptivo (Nuvaring)
- Parcho contraceptivo (Xulane)
- Ninguno de estos métodos



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

C.1

22 ¿Cuándo comenzó a utilizar el DIU hormonal? (Mirena, Skyla, Liletta).

	Mes	Año
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

C.2

23 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con su DIU hormonal?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

C.3

24 ¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su DIU hormonal? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

C.4

25 En los últimos 12 meses, ¿en algún momento se desprendió completamente de su cuerpo su DIU hormonal?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

C.5

26 En los últimos 12 meses, ¿le han removido su DIU hormonal?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

C.6

27 ¿Algún proveedor de Z-CAN le quitó el DIU hormonal?

- No
- Sí
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

C.7

28 A menudo durante una visita, se le cobra a la paciente por varios servicios; estamos interesados en saber específicamente, si usted pagó para que le quitaran el IUD. ¿Usted le pagó a un proveedor por removerse el DIU?

- No
- Sí
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

C.7.1

No le debieron pedir que pagara por remover su DIU. De haberle pedido pagar por algun servicio de Z-CAN, puede contactar al programa de Z-CAN al: info@anteladudapregunta.org

C.8

29

¿Recibió usted otros servicios de atención médica en la misma cita en que le quitaron el DIU? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Sí, anticonceptivos
- Sí, un chequeo o una prueba relacionada con el uso de anticonceptivos
- Sí, prueba o tratamiento de ETS
- Sí, prueba de embarazo
- Sí, el cuidado del embarazo
- Sí, otros tipos de atención médica
- No



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

C.9

30

¿Por qué le removieron su DIU hormonal? (Selecciona **TODAS** las que aplique)

- Estaba en el lugar erróneo
- Se estaba cayendo
- Tuve una infección (ej., clamidia, gonorrea, Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP))
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Quería quedar embarazada
- Otro (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

C.10

31 ¿Cuándo le insertaron su nuevo DIU hormonal?

Fecha Mes Año



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

C.11

32 Desde que le insertaron su nuevo DIU hormonal, ¿ha querido quitárselo (por alguna razón)?

Sí

No

C.12

33

¿Cuál es la **razón principal** por la que no se quitó su DIU hormonal? (*Selecciona una*).

- Decidí por mi cuenta quedarme con mi DIU
- Hablé con mi proveedor y decidí dejarme puesto mi DIU
- No pude encontrar un proveedor para quitarme mi DIU
- Cuesta muy caro
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique)



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

C.13

34 Durante los últimos 12 meses, ¿ha querido que le quiten su DIU hormonal (por alguna razón)?

Sí

No

C.14

35

¿Cuál es la **razón principal** por la que no se quitó su DIU hormonal? (*Selecciona una*).

- Decidí por mi cuenta quedarme con mi DIU
- Hablé con mi proveedor y decidí dejarme puesto mi DIU
- No pude encontrar un proveedor para quitarme mi DIU
- Cuesta muy caro
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique)



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

D.1

36 ¿Cuándo comenzó a utilizar el DIU de cobre (ParaGard)?

	Mes	Año
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

D.2

37 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con su DIU de cobre?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

D.3

38

¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su DIU de cobre? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confinable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

D.4

39 En los últimos 12 meses, ¿en algún momento se desprendió completamente de su cuerpo su DIU de cobre?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

D.5

40 En los últimos 12 meses, ¿le han removido su DIU de cobre?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

D.6

41 ¿Algún proveedor de Z-CAN le quitó su DIU de cobre?

- No
- Sí
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

D.7

42 A menudo durante una visita, se le cobra a la paciente por varios servicios; estamos interesados en saber específicamente, si usted pagó para que le quitaran el IUD. ¿Usted le pagó a un proveedor por removerse el DIU?

- No
- Sí
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

D.7.1

No le debieron pedir que pagara por remover su DIU. De haberle pedido pagar por algun servicio de Z-CAN, puede contactar al programa de Z-CAN al: info@anteladudapregunta.org

D.8

43

¿Recibió usted otros servicios de atención médica en la misma visita en que le quitaron el DIU? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Sí, anticonceptivos
- Sí, un chequeo o una prueba relacionada con el uso de anticonceptivos
- Sí, prueba o tratamiento de ETS
- Sí, prueba de embarazo
- Sí, el cuidado del embarazo
- Sí, otros tipos de atención médica
- No

D.9

44

¿Por qué le removieron su DIU de cobre? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Estaba en el lugar erróneo
- Se estaba cayendo
- Tuve una infección (ej., clamidia, gonorrea, Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP))
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Quería quedar embarazada
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

D.10

45 ¿Cuándo le insertaron su nuevo DIU de cobre?

Fecha Mes Año



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

D.11

46 Desde que le insertaron su nuevo DIU de cobre, ¿ha querido quitárselo (por alguna razón)?

- Sí
- No

D.12

47

¿Cuál es la **razón principal** por la que no se le quitó el DIU de cobre? (*Selecciona una*).

- Decidí por mi cuenta quedarme con mi DIU
- Hablé con mi proveedor y decidí dejarme puesto mi DIU
- No pude encontrar un proveedor para quitarme mi DIU
- Cuesta muy caro
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique)



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

D.13

48 Durante los últimos 12 meses, ¿ha querido que le quiten su DIU de cobre (por alguna razón)?

Sí

No



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

D.14

49

¿Cuál es la **razón principal** por la que no se le quitó el DIU de cobre? (*Selecciona una*).

- Decidí por mi cuenta quedarme con mi DIU
- Hablé con mi proveedor y decidí dejarme puesto mi DIU
- No pude encontrar un proveedor para quitarme mi DIU
- Cuesta muy caro
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique)



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

E.1

50

¿Cuándo comenzó a utilizar el implante contraceptivo (Nexplanon)?

	Mes	Año
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

E.2

51 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con su implante contraceptivo?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

E.3

52

¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su implante contraceptivo? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

E.4

53 Durante los últimos 12 meses, ¿ha querido que le quiten el implante (por alguna razón)?

- Sí
- No

E.5

54

¿Cuál es la **razón principal** por la que no le quitaron el implante? (*Selecciona una*).

- Decidí por mi cuenta quedarme con mi implante
- Hablé con mi proveedor y decidí dejarme puesto mi implante
- No pude encontrar un proveedor para quitarme mi implante
- Cuesta muy caro
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique)



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

F.
1

55

¿Cuándo comenzó a utilizar la inyección contraceptiva (DepoProvera)?

	Mes	Año
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

F.
2

56 ¿Cuál es la fecha de su última inyección contraceptiva?

	Mes	Año
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

F.
3

57 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con su inyección contraceptiva?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

F.
4

58

¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su inyección contraceptiva? (Selecciona **TODAS** las que aplique)

- No me es conveniente
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Era demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

G.1

59 ¿Cuándo comenzó a utilizar pastillas anticonceptivas?

Fecha Mes Año



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

G.2

60 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con las pastillas anticonceptivas?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha

G.3

61

¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con las pastillas anticonceptivas? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- No me es conveniente
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Era demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

G.4

62 La última vez que obtuvo pastillas anticonceptivas o píldoras ¿cuántos paquetes de pastillas anticonceptivas recibió?

- 1 paquete
- 2 paquetes
- 3 paquetes
- De 4 a 6 paquetes
- De 7 a 9 paquetes
- De 10 a 12 paquetes
- 13 paquetes o mas



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

G.5

63 Dado que el programa de Z-CAN finalizó el 30 septiembre de 2017, ¿cuán difícil se le hizo conseguir más pastillas cuando las necesitó?

- Nada difícil
- Algo difícil
- Muy difícil

G.6

64

¿Por qué se le dificultó conseguir más pastillas cuando las necesitó? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Dificultad en encontrar un proveedor para obtener pastillas o la receta para las pastillas
- Distancia de la clínica o farmacia
- Dificultad para llegar a la clínica o a la farmacia
- Recordar ir a la clínica o a la farmacia
- Encontrar tiempo para ir a la clínica o a la farmacia
- Las pastillas son demasiado caras
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

H.1

65 ¿Cuándo comenzó a utilizar el anillo (Nuvaring)?

	Mes	Año
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

H.2

66 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con el anillo?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

H.3

67 ¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su anillo?
(Selecciona **TODAS** las que aplique).

- No me es conveniente
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Era demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

H.4

68 Dado que el programa de Z-CAN finalizó el 30 septiembre de 2017, ¿cuán difícil se le hizo conseguir más anillos cuando los necesitó?

- Nada difícil
- Algo difícil
- Muy difícil



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

H.5

69

¿Por qué se le dificultó conseguir más anillos cuando las necesitó? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Dificultad en encontrar un proveedor para obtener anillos o la receta para los anillos
- Distancia de la clínica o farmacia
- Dificultad para llegar a la clínica o a la farmacia
- Recordar ir a la clínica o a la farmacia
- Encontrar tiempo para ir a la clínica o a la farmacia
- El anillo es demasiado caro
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

I.1

70 ¿Cuándo comenzó a utilizar el parcho?

Fecha Mes Año



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

I.2

71 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con el parcho?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha

I.3

72

¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su parcho? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- No me es conveniente
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Era demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor)



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

I.4

73

Dado que el programa de Z-CAN finalizó el 30 septiembre de 2017, ¿cuán difícil se le hizo conseguir más parchos cuando los necesitó?

- Nada difícil
- Algo difícil
- Muy difícil

I.5

74

¿Por qué se le hizo difícil conseguir parchos cuando los necesitó? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Dificultad en encontrar un proveedor para obtener parchos o la receta para los parchos
- Distancia de la clínica o la farmacia
- Dificultad en llegar a la clínica o a la farmacia
- Recordar ir a la clínica o a la farmacia
- Encontrar tiempo para ir a la clínica o a la farmacia
- El parcho es muy caro para mí
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

J.1

75

Nos gustaría conocer los métodos de control de natalidad que dejó de utilizar en los últimos 12 meses, incluyendo aquellos usados por corto tiempo. ¿Ha usado alguno de los siguientes métodos de control de natalidad durante los pasados 12 meses, pero dejó de usarlo? (Selecciona **TODAS** las que aplique)

- DIU hormonal (Mirena, Skyla, Liletta)
- DIU de cobre (ParaGard)
- Implante (Nexplanon)
- Inyección contraceptiva (DepoProvera)
- Pastillas anticonceptivas (Píldoras)
- Anillo contraceptivo (Nuvaring)
- Parcho contraceptivo (Xulane)
- Ninguno de estos métodos



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

K.1

76

¿Cuándo comenzó a utilizar el DIU hormonal?(Mirena, Skyla, Liletta)

Fecha Mes Año



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

K.2

77 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con su DIU hormonal (Mirena, Skyla, Liletta)?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha

K.3

78

¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su DIU hormonal? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Era demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

K.4

79 En los últimos 12 meses, su DIU hormonal ¿se desprendió completamente de su cuerpo en algún momento?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

K.5

80 En los últimos 12 meses, ¿le han removido su DIU hormonal?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

K.6

81 ¿Un proveedor de Z-CAN le quitó su DIU hormonal?

- No
- Sí
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

K.7

82 A menudo durante una visita, se le cobra a la paciente por varios servicios; estamos interesados en saber específicamente, si usted pagó para que le quitaran el IUD hormonal. ¿Usted le pagó a un proveedor por removerse el DIU?

- No
- Sí
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

K.7.1

No le debieron pedir que pagara por remover su DIU. De haberle pedido pagar por algun servicio de Z-CAN, puede contactar al programa de Z-CAN al: info@anteladudapregunta.org



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

K.8

83

¿Recibió usted otros servicios de atención médica en la misma visita en que cuando le quitaron el DIU? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Sí, anticonceptivos
- Sí, un chequeo o una prueba relacionada con el uso de anticonceptivos
- Sí, prueba o tratamiento de ETS
- Sí, prueba de embarazo
- Sí, el cuidado del embarazo
- Sí, otros tipos de atención médica
- No



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

K.9

84 ¿Habló con un proveedor antes de dejar de usar su DIU hormonal (o de removerlo)?

No

Sí

K.10

85

¿Por qué dejó de utilizar (o removió) su DIU hormonal? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Estaba en el lugar erróneo
- Se estaba cayendo
- Tuve una infección (ej., clamidia, gonorrea, Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP))
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarlo
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

L.1

86 ¿Cuándo comenzó a utilizar el DIU de cobre (ParaGard)?

	Mes	Año
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

L.2

87 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con su DIU de cobre?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

L.3

88

¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su DIU de cobre? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

L.4

89 En los últimos 12 meses, ¿en algún momento se desprendió completamente de su cuerpo su DIU de cobre?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

L.5

90 En los últimos 12 meses, ¿le han removido su DIU de cobre?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

L.6

91

¿Algún proveedor de Z-CAN le quitó su DIU de cobre?

- No
- Sí
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

L.7

92

A menudo durante una visita, se le cobra a la paciente por varios servicios; estamos interesados en saber específicamente, si usted pagó para que le quitaran su IUD. ¿Usted le pagó a un proveedor por removerse el DIU?

- No
- Si
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

L.7.1

No le debieron pedir que pagara por remover su DIU. De haberle pedido pagar por algun servicio de Z-CAN, puede contactar al programa de Z-CAN al: info@anteladudapregunta.org

L.8

93

¿Recibió usted otros servicios de atención médica en la misma visita en que le quitaron el DIU de cobre? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Sí, anticonceptivos
- Sí, un chequeo o una prueba relacionada con el uso de anticonceptivos
- Sí, prueba o tratamiento de ETS
- Sí, prueba de embarazo
- Sí, el cuidado del embarazo
- Sí, otros tipos de atención médica
- No



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

L.9

94 ¿Habló con un proveedor antes de dejar de usar su DIU de cobre (o de removerlo)?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

L.10

95 ¿Por qué dejó de utilizar (o removió) su DIU de cobre? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Estaba en el lugar erróneo
- Se estaba cayendo
- Tuve una infección (ej., clamidia, gonorrea, Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP))
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarlo
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

M.1

96

¿Cuándo comenzó a utilizar el implante contraceptivo (Nexplanon)?

	Mes	Año
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

M.2

97 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con su implante contraceptivo?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

M.3

98

¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su implante contraceptivo? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

M.4

99 ¿Algún proveedor de Z-CAN le quitó el implante?

- No
- Sí
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

M.5

100

A menudo durante una visita, se le cobra a la paciente por varios servicios; Estamos interesados en saber específicamente, si usted pagó para que le quitaran el implante hormonal. ¿Usted le pagó a un proveedor por remover su implante anticonceptivo?

- No
- Sí
- No lo sé



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

M.5.1

No le debieron pedir que pagara por remover su implante contraceptivo. De haberle pedido pagar por algun servicio de Z-CAN, puede contactar al programa de Z-CAN al: info@anteladudapregunta.org



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

M.6

101

¿Recibió usted otros servicios de atención médica en la misma visita en que le quitaron el implante? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Sí, anticonceptivos
- Sí, un chequeo o una prueba relacionada con el uso de anticonceptivos
- Sí, prueba o tratamiento de ETS
- Sí, prueba de embarazo
- Sí, el cuidado del embarazo
- Sí, otros tipos de atención médica
- No



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

M.7

102 ¿Habló con un proveedor antes remover su implante contraceptivo?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

M.8

103

¿Por qué dejó de utilizar (o removió) su implante contraceptivo? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarlo
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

N.1

104 ¿Cuándo comenzó a utilizar la inyección contraceptiva (DepoProvera)?

	Mes	Año
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

N.2

105 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con su inyección contraceptiva (DepoProvera)?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

N.3

106

¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su inyección contraceptiva? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- No me es conveniente
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Era demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

N.4

107 ¿Habló con un proveedor antes de dejar de usar la inyección contraceptiva?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

N.5

108

¿Por qué dejó de utilizar la inyección contraceptiva? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- No me es conveniente
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Es demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarlo
- Tuve problemas para llegar a la clínica para recibir las inyecciones
- No pude encontrar un proveedor que tenía la inyección contraceptiva disponible
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

O.1

109 ¿Cuándo comenzó a utilizar pastillas anticonceptivas?

	Mes	Año
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

O.2

110 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con las píldoras anticonceptivas?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

O.3

111 ¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con las pastillas anticonceptivas? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- No me es conveniente
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Era demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

O.4

112 La última vez que obtuvo pastillas anticonceptivas o píldoras, ¿cuántos paquetes de pastillas recibió?

- 1 paquete
- 2 paquetes
- 3 paquetes
- De 4 a 6 paquetes
- De 7 a 9 paquetes
- De 10 a 12 paquetes
- 13 paquetes o mas



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

O.5

113 Dado que el programa de Z-CAN finalizó el 30 septiembre de 2017, ¿cuán difícil se le hizo conseguir más píldoras cuando las necesitó?

- Nada difícil
- Algo difícil
- Muy difícil

O.6

114

¿Por qué se le dificultó conseguir más pastillas cuando las necesitó? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Dificultad en encontrar un proveedor para obtener pastillas o la receta para las pastillas
- Distancia de la clínica o la farmacia
- Dificultad para llegar a la clínica o a la farmacia
- Recordar ir a la clínica o a la farmacia
- Encontrar tiempo para ir a la clínica o a la farmacia
- Las pastillas eran demasiado caras
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

0.7

115 ¿Habló con un proveedor antes de dejar de usar las pastillas anticonceptivas?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

O.8

116

¿Por qué dejó de usar pastillas anticonceptivas? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- No me es conveniente
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Es demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarlo
- Era muy difícil recordar tomarlas todos los días
- Era muy difícil conseguir pastillas en la clínica o la farmacia
- No pude encontrar un proveedor para obtener las pastillas o a una receta para las pastillas
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

P.1

117 ¿Cuándo comenzó a utilizar el anillo (Nuvaring)?

	Mes	Año
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

P.2

118 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con el anillo?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

P.3

119

¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su anillo?
(Selecciona **TODAS** las que aplique).

- No me es conveniente
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Era demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

P.4

120

Dado que el programa de Z-CAN finalizó el 30 septiembre de 2017, ¿cuán difícil se le hizo conseguir anillos cuando los necesitó?

- Nada difícil
- Algo difícil
- Muy difícil

P.5

121

¿Por qué se le dificultó conseguir anillos cuando los necesitó? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Dificultad en encontrar un proveedor para obtener anillos o la receta para los anillos
- Distancia de la clínica o farmacia
- Dificultad en llegar a la clínica o a la farmacia
- Recordar ir a la clínica o a la farmacia
- Encontrar tiempo para ir a la clínica o a la farmacia
- El anillo es demasiado caro
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

P.6

122 ¿Habló con un proveedor antes de deja de usar su anillo?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

P.7

123

¿Por qué dejó de utilizar el anillo? (Selecciona **TODAS** las que aplique)

- No me es conveniente
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Era demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarlo
- Era difícil de usar/insertar
- Era muy difícil conseguir anillos de la clínica o farmacia
- No pude encontrar un proveedor para obtener los anillos o una receta para los anillos
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

Q.1

124 ¿Cuándo comenzó a utilizar el parcho?

Fecha Mes Año



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

Q.2

125 En los últimos 12 meses, ¿cuán satisfecha ha estado con su parcho?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Insatisfecha

Q.3

126

¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su parcho? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- No me es conveniente
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Era demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

Q.4

127 Dado que el programa de Z-CAN finalizó el 30 septiembre de 2017, ¿cuán difícil se le hizo conseguir parchos cuando los necesitó?

- Nada difícil
- Algo difícil
- Muy difícil

Q.5

128

¿Por qué se le hizo difícil conseguir más parchos cuando los necesitó? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Dificultad en encontrar un proveedor para obtener parchos o la receta para los parchos
- Distancia de la clínica o farmacia
- Dificultad en llegar a la clínica o a la farmacia
- Recordar ir a clínica o a la farmacia
- Encontrar tiempo para ir a la clínica o a la farmacia
- El parcho era demasiado caro
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

Q.6

129 ¿Habló con un proveedor antes de para de usar su parcho?

No

Sí



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

Q.7

130

¿Por qué paró de utilizar parcho? (Selecciona **TODAS** las que aplique)

- No me es conveniente
- Experimenté cambios en el sangrado
- Experimenté efectos secundarios
- Me causó dolor
- Es demasiado caro para mí
- Mi pareja no quiere que lo use
- Quiero quedar embarazada
- No creo que sea un método anticonceptivo confiable
- Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarlo
- Era difícil de usar
- Era demasiado difícil conseguir parchos de la clínica o farmacia
- No pude encontrar un proveedor para obtener los parchos o a una receta para los parchos
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

R.1

131 En los últimos 12 meses, ¿cuán frecuentemente usted y su pareja usan condones?

- Nunca
- A veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

R.2

132 ¿Por qué usted y su pareja usan condones? (Seleccione **TODAS** las que apliquen).

- Para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual (Clamidia, VIH, gonorrea, etc.)
- Para evitar embarazos
- Para prevenir infección con el Virus del Zika
- Otro (especifique, por favor):



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

R.3

133

En los últimos 12 meses, ¿ha usado alguno de los siguientes métodos de control de natalidad? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- Técnica de retirada (eyacular fuera)
- Amarre de tubos (esterilización femenina)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Método del Ritmo o Ciclo de Fertilidad
- Otras (especifique, por favor):
- Ninguno de estos métodos



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

S.1

134 En algún momento durante los últimos 12 meses, ¿ha querido que le inserten un DIU o un implante?

- Sí
- No



Encuesta a Participantes (30-month Version A)

S.2

135 ¿Por qué no recibió un DIU o implante? (Selecciona **TODAS** las que aplique).

- No pude encontrar un proveedor para insertar el método
- Mi proveedor recomendó otro método
- Mi proveedor no tenía el método disponible
- Mi proveedor dijo que tendría que volver otro día
- Cuesta muy caro
- Mi pareja no quería que lo usara
- Me mudé, pero en Puerto Rico
- Me mudé, fuera de Puerto Rico
- Otra razón (especifique)