## Attachment H-1. Online follow-up survey for Z-CAN patients (18-month survey) – English and Spanish[[1]](#footnote-1)

Form Approved

OMB Number: 0920-XXXX

Expiration Date: XX-XX-XXXX

Public Reporting of this collection of information is estimated to average 7 minutes per response, including the time for reviewing instructions and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a current valid OMB number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA, 30033; ATTN: PRA (0920-XXXX).

The information you are being asked to provide is authorized to be collected under Section 301 of The Public Health Service Act (42 USC 241). Providing this information is voluntary. CDC will use this information to learn about your satisfaction with the Z-CAN program. You can still receive eligible services at a Z-CAN clinic at no cost if you choose not to provide any or part of the information. The information you give us will be kept private and will be protected under the Privacy Act (System of Records Notice 09-20-0136).

**Welcome! The purpose of this survey is to learn about your satisfaction with the Z-CAN program. There are no right or wrong answers and participation is voluntary. As a thank you for participating in this survey, you will receive a gift card worth $5 for your time. The survey should take approximately 7 minutes to complete. All information will be kept private. Thank you!**

| **Section No.** | **Spanish No.** | **Question** | **Coding**  | **Skip to No.** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section A** |  | **Background/Pregnancy Information** |
| **A.1** | **2** | What is your current relationship status? | Single/never married 1Partner (not cohabiting) 2Cohabiting (not married) 3Married 4Separated/Divorced 5Widowed 6 |  |
|  |  | ¿Cuál es su estado civil? ¿Cuál es su estado de relación de pareja? | Soltera/Nunca me he casadoCon pareja (no conviviendo) Conviviendo (no casada) Casada Separada/Divorciada Viuda |  |
| **A.2** | **3** | During the past 6 months, have you had trouble paying for any of the following? (check all that apply) | Transportation 1Housing 2Medical care or medicine 3Food 4None of the above 5 |  |
|  |  | Durante los últimos 6 meses, indique si ha tenido dificultad en pagar alguno de los siguientes (Selecciona **TODAS** las que aplique): | TransportaciónHospedajeCuidado médico o medicinas ComidaNinguna de las anteriores |  |
| **A.3\*** | **4** | What kind of health insurance do you have? | Public (e.g., Medicaid/Mi Salud) 1Private 2Tricare/military 3None 4Other (specify)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5 |  |
|  |  | ¿Qué tipo de plan médico tiene? | Público (ej., Medicaid/Mi Salud)PrivadoTricare/militarNingunoOtros (especifique): |  |
| **A.11** | **5** | Do you want to prevent pregnancy now? | No 1Yes 2 | **1🡪A.13** |
|  |  | ¿Quiere usted prevenir un embarazo hoy día? |  No  Sí  |  |
| **A.12** | **6** | What is the main reason you want to prevent pregnancy now? *(Select one)* | I cannot afford to have a baby (or another baby) now 1I don’t want to have a baby now 2I don’t want to get pregnant now because I am worried about Zika virus 3Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4 |  |
|  |  | ¿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 ahoraNo quiero quedar embarazada porque me preocupa el Virus del Zika Otros (especifique, por favor): |  |
| **A.13** | **7** | Since your first visit to your Z-CAN provider, have you been pregnant?  | No 1Yes 2Don’t know 3 | **1🡪A.19****3🡪A.19** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿ha estado embarazada? | No Sí No lo sé  |  |
| **A.14** | **8** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how many times have you been pregnant?  | \_\_\_\_ times |  |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuántas veces ha estado embarazada? |  |  |
| **A.15** | **9** | Are you pregnant right now? | No 1Yes 2Don’t know 3 |  |
|  |  | Actualmente, ¿está embarazada? | No Sí No lo sé  |  |
|  |  | ***The next few questions ask about pregnancies you have had since your first visit to your Z-CAN provider. If you were pregnant more than once since your first visit to your Z-CAN provider, please respond about your most recent pregnancy.*****Las próximas preguntas serán sobre embarazos que usted haya tenido desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN. Si estuvo embarazada más de una vez en dicho periodo, por favor responda, entonces, sobre su embarazo más reciente.** |
| **A.16** | **10** | Thinking back to just before you got pregnant, how did you feel about becoming pregnant?  | I wanted to be pregnant later 1I wanted to be pregnant sooner 2I wanted to be pregnant then 3I didn’t want to be pregnant then or at any time in the future 4I wasn’t sure what I wanted 5 |  |
|  |  | 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. |  |
| **A.17** | **11** | When you got pregnant, were you or your husband or partner doing anything to keep from getting pregnant?*Some things people do to keep from getting pregnant include using birth control pills, implants, condoms, withdrawal, or natural family planning.* | No 1Yes 2 | **1🡪A.19** |
|  |  | 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  |  |
| **A.18** | **12** | What method of birth control were you using when you got pregnant?Check ALL that apply | IUD (Mirena, ParaGard, Liletta, or Skyla ) 1Contraceptive implant (Nexplanon) 2Shots or injections (Depo-Provera) 3Birth control pills 4Contraceptive patch (Xulane) or vaginal ring (NuvaRing) 5Condoms 6Natural family planning (including rhythm method) 7Withdrawal (pulling out) 8Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9 |  |
|  |  | ¿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) CondonesPlanificación natural familiar (incluyendo el método del ritmo) Técnica de retirada (eyacular fuera)Otros (especifique, por favor): |  |
| **A.19** | **13** | In the next 6 months, how would you feel if you got pregnant?  | Very upset 1Somewhat upset 2Indifferent or don’t care 3Somewhat pleased 4Very pleased 5Don’t know 6 |  |
|  |  | ¿Cómo se sentiría si quedase embarazada en los próximos 6 meses? | Muy molestaAlgo molestaIndiferente o no me molestaría Algo satisfechaMuy satisfechaNo lo sé |  |
| **Section B** |  | **Current Contraceptive Use** |
|  |  | ***The next questions ask about birth control methods you are using now.*****Las próximas preguntas van dirigidas a los métodos de control de natalidad que usted está usando****actualmente.** |
| **B.1** | **14** | Are you using any of these methods of birth control **now**? *(Select one)****Note-survey will skip to appropriate ‘current’ section for methods marked ‘yes’*** | Hormonal IUD (Mirena, Skyla, Liletta) No 1 Yes 2Copper IUD (ParaGard) No 1 Yes 2Implant (Nexplanon) No 1 Yes 2Contraceptive shot (DepoProvera) No 1 Yes 2Birth control pills No 1 Yes 2Contraceptive ring (Nuvaring) No 1 Yes 2Contraceptive patch (Xulane) No 1 Yes 2None of these methods No 1 Yes 2 | **2🡪Section C (LNG-IUD current)****2🡪Section D (Cu-IUD current)****2🡪Section E (Implant current)2🡪Section F (Depo current)****2🡪Section G (Pills current)2🡪Section H (Ring current)****2🡪Section I (Patch current)2🡪Section J (Past use)** |
|  |  | ¿Está usted utilizando alguno de estos métodos de control de natalidad actualmente? *(Selecciona una).* | DIU hormonal (Mirena, Skyla, Liletta)  No 1 Sí 2DIU de cobre (ParaGard) No 1 Sí 2Implante (Nexplanon) No 1 Sí 2Inyección contraceptiva (DepoProvera) No 1 Sí 2Pastillas anticonceptivas (píldora)  No 1 Sí 2Anillo contraceptivo (Nuvaring)  No 1 Sí 2Parcho contraceptivo (Xulane) No 1 Sí 2Ninguno de estos métodos No 1 Sí 2 |  |
| **Section C** |  | **Current Hormonal IUD Use** |
| **C.1** | **15** | When did you start using the hormonal IUD (Mirena, Skyla, Liletta)? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar el DIU hormonal? (Mirena, Skyla, Liletta). |  |  |
| **C.2** | **16** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied have you been with your hormonal IUD?  | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪C.4** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con su DIU hormonal? | Muy satisfecha Algo satisfecha Insatisfecha |  |
| **C.4** | **17** | Since your first visit to your Z-CAN provider, did your hormonal IUD ever completely fall out? | No 1Yes 2 | **2🡪C.10** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿en algún momento se desprendió completamente de su cuerpo su DIU hormonal? | No Sí |  |
| **C.5** | **18** | Since your first visit to your Z-CAN provider, was your hormonal IUD removed? | No 1Yes 2 | **1🡪C.13** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿le han removido su DIU hormonal? | No Sí |  |
| **C.6****\*** | **19** | Did a Z-CAN provider remove your hormonal IUD? | No 1Yes 2I don’t know 3 | **1, 3🡪C.9** |
|  |  | ¿Algún proveedor de Z-CAN le quitó el DIU hormonal? | No SíNo lo sé |  |
| **C.7** | **20** | Often during a visit, you may be charged for multiple services; we are interested specifically in whether you paid to have your IUD removed. Did you pay a provider to have your IUD removed? | No 1Yes 2I don’t know 3 | **1, 3🡪C.9** |
|  |  | 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 SíNo lo sé 3 |  |
| **C.7.1** |  | **You should not have been asked to pay for your IUD removal. If you were asked to pay for a Z-CAN service, you may contact the Z-CAN program at: info@anteladudapregunta.org** |  |  |
|  |  | **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****\*** | **21** | Did you receive any other health care services at the same visit as when you had your IUD removed? (check all that apply) | Yes, birth control 1Yes, a check-up or test related to using birth control 2Yes, STD test or treatment 3Yes, pregnancy test 4Yes, pregnancy care 5Yes, other health care needs 6No 7 |  |
|  |  | ¿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 anticonceptivosSí, prueba o tratamiento de ETS Sí, prueba de embarazo Sí, el cuidado del embarazo Sí, otros tipos de atención médicaNo  |  |
| **C.9** | **22** | Why did you have your hormonal IUD removed? (check all that apply) | It was in the wrong place 1It was falling out 2I had an infection (e.g. chlamydia, gonorrhea, pelvic inflammatory disease (PID)) ..3I experienced bleeding changes…...…..4I experienced side effects……………….5It caused me pain 6I wanted to get pregnant………………...7Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8 |  |
|  |  | ¿Por qué le removieron su DIU hormonal? (Selecciona **TODAS** las que aplique) | Estaba en el lugar erróneo 1Se estaba cayendo 2Tuve una infección (ej., clamidia, gonorrea, Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)) ..3Experimenté cambios en el sangrado ..4Experimenté efectos secundarios……..5Me causó dolor 6Quería quedar embarazada……….…...7Otro (especifique, por favor): 8 |  |
| **C.10** | **23** | When did you have a new hormonal IUD inserted? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo le insertaron su nuevo DIU hormonal? |  |  |
| **C.11****\*** | **24** | Since having your new hormonal IUD inserted, did you want to have it removed (for any reason)? | Yes 1No 2 | **2🡪Section J (Past contraceptive use)** |
|  |  | Desde que le insertaron su nuevo DIU hormonal, ¿ha querido quitárselo (por alguna razón)? | Sí 1No 2 |  |
| **C.12****\*** | **25** | What is the main reason why you did not have your hormonal IUD removed? *(Select one).* | I decided on my own to keep my IUD 1I talked with my provider and decided to keep my IUD 2I could not find a provider to remove my IUD 3It cost too much 4I moved within Puerto Rico……………. 5I moved out of Puerto Rico……………. 6Other reason (specify)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7 | **🡪Section J (Past contraceptive use)** |
|  |  | ¿Cuál es la **razón principal** por la qué no se quitó su DIU hormonal? *(Selecciona una).* | Decidí por mi cuenta quedarme con mi DIU 1Hablé con mi proveedor y decidí dejarme puesto mi DIU 2No pude encontrar un proveedor para quitarme mi DIU 3Cuesta muy caro 4Me mudé, pero en Puerto Rico 5Me mudé, fuera de Puerto Rico 6Otra razón (especifique) 7 |  |
| **C.13****\*** | **26** | Since your first visit to your Z-CAN provider, did you want to have your hormonal IUD removed (for any reason)? | Yes 1No 2 | **2🡪Section J (Past contraceptive use)** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿ha querido que le quiten su DIU hormonal (por alguna razón)? | Sí 1No 2 |  |
| **C.14****\*** | **27** | What is the main reason why you did not have your hormonal IUD removed? (Select one). | I decided on my own to keep my IUD 1I talked with my provider and decided to keep my IUD 2I could not find a provider to remove my IUD 3It cost too much 4I moved within Puerto Rico……………. 5I moved out of Puerto Rico……………. 6Other reason (specify)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7 | **🡪Section J (Past contraceptive use)** |
|  |  | ¿Cuál es la **razón principal** por la qué no se quitó su DIU hormonal? *(Selecciona una).* | Decidí por mi cuenta quedarme con mi DIU 1Hablé con mi proveedor y decidí dejarme puesto mi DIU 2No pude encontrar un proveedor para quitarme mi DIU 3Cuesta muy caro 4Me mudé, pero en Puerto Rico 5Me mudé, fuera de Puerto Rico 6Otra razón (especifique) 7 |  |
| **Section D** |  | **Current Copper IUD Use** |
| **D.1** | **28** | When did you start using the copper IUD (ParaGard)? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar el DIU de cobre (ParaGard)? |  |  |
| **D.2** | **29** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied have you been with your copper IUD?  | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪D.4** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con su DIU de cobre? | Muy satisfecha Algo satisfecha Insatisfecha |  |
| **D.4** | **30** | Since your first visit to your Z-CAN provider, did your copper IUD ever completely fall out? | No 1Yes 2 | **2🡪D.10** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿en algún momento se desprendió completamente de su cuerpo su DIU de cobre? | No Sí |  |
| **D.5** | **31** | Since your first visit to your Z-CAN provider, was your copper IUD removed? |  No 1 Yes 2 | **1🡪D.13**  |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿le han removido su DIU de cobre? | No Sí |  |
| **D.6****\*** | **32** | Did a Z-CAN provider remove your copper IUD? | No 1Yes 2I don’t know 3 | **1, 3🡪D.9** |
|  |  | ¿Algún proveedor de Z-CAN le quitó su DIU de cobre? | No 1Sí 2No lo sé 3 |  |
| **D.7** | **33** | Often during a visit, you may be charged for multiple services; we are interested specifically in whether you paid to have your IUD removed. Did you pay a provider to have your IUD removed? | No 1Yes 2I don’t know 3 | **1, 3🡪D.9** |
|  |  | 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 1Sí 2No lo sé 3 |  |
| **D.7.1** |  | **You should not have been asked to pay for your IUD removal. If you were asked to pay for a Z-CAN service, you may contact the Z-CAN program at: info@anteladudapregunta.org** |  |  |
|  |  | **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****\*** | **34** | Did you receive any other health care services at the same visit as when you had your IUD removed? (check all that apply) | Yes, birth control 1Yes, a check-up or test related to using birth control 2Yes, STD test or treatment 3Yes, pregnancy test 4Yes, pregnancy care 5Yes, other health care needs 6No 7 |  |
|  |  | ¿Recibió usted otros servicios de atención médica en la misma visita en que le quitaron el DIU? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | Sí, anticonceptivos 1Sí, un chequeo o una prueba relacionada con el uso de anticonceptivos 2Sí, prueba o tratamiento de ETS 3Sí, prueba de embarazo 4Sí, el cuidado del embarazo 5Sí, otros tipos de atención médica 6No 7 |  |
| **D.9** | **35** | Why did you have your copper IUD removed? (check all that apply)  | It was in the wrong place 1It was falling out 2 I had an infection (e.g. chlamydia, gonorrhea, pelvic inflammatory disease (PID)) 3I experienced bleeding changes …...….4I experienced side effects……………….5It caused me pain……...……………...…6I wanted to get pregnant………………..7Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8 |  |
|  |  | ¿Por qué le removieron su DIU de cobre? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | Estaba en el lugar erróneo 1Se estaba cayendo 2Tuve una infección (ej., clamidia, gonorrea, Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)) 3Experimenté cambios en el sangrado 4Experimenté efectos secundarios 5Me causó dolor 6Quería quedar embarazada 7Otra razón (especifique, por favor): 8 |  |
| **D.10** | **36** | When did you have a new copper IUD inserted? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo le insertaron su nuevo DIU de cobre? |  |  |
| **D.11****\*** | **37** | Since having your new copper IUD inserted, did you want to have it removed (for any reason)? | Yes 1No 2 | **2🡪Section J (Past use)** |
|  |  | Desde que le insertaron su nuevo DIU de cobre, ¿ha querido quitárselo (por alguna razón)? | Sí 1No 2 |  |
| **D.12****\*** | **38** | What is the main reason why you did not have your copper IUD removed? *(Select one).* | I decided on my own to keep my IUD 1I talked with my provider and decided to keep my IUD 2I could not find a provider to remove my IUD 3It cost too much 4I moved within Puerto Rico……………. 5I moved out of Puerto Rico……………. 6Other reason (specify)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7 | **🡪Section J (Past use)** |
|  |  | ¿Cuál es la **razón principal** por la qué no se le quitó el DIU de cobre? *(Selecciona una).* | Decidí por mi cuenta quedarme con mi DIU 1Hablé con mi proveedor y decidí dejarme puesto mi DIU 2No pude encontrar un proveedor para quitarme mi DIU 3Cuesta muy caro 4Me mudé, pero en Puerto Rico 5Me mudé, fuera de Puerto Rico 6Otra razón (especifique) 7 |  |
| **D.13****\*** | **39** | Since your first visit to your Z-CAN provider, did you want to have your copper IUD removed (for any reason)? | Yes 1No 2 | **2🡪Section J (Past use)** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿ha querido que le quiten su DIU de cobre (por alguna razón)? | Sí 1No 2 |  |
| **D.14****\*** | **40** | What is the main reason why you did not have your copper IUD removed? *(Select one).* | I decided on my own to keep my IUD 1I talked with my provider and decided to keep my IUD 2I could not find a provider to remove my IUD 3It cost too much 4I moved within Puerto Rico……………. 5I moved out of Puerto Rico……………. 6Other reason (specify)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7 | **🡪Section J (Past use** |
|  |  | ¿Cuál es la **razón principal** por la qué no se le quitó el DIU de cobre? *(Selecciona una).* | Decidí por mi cuenta quedarme con mi DIU 1Hablé con mi proveedor y decidí dejarme puesto mi DIU 2No pude encontrar un proveedor para quitarme mi DIU 3Cuesta muy caro 4Me mudé, pero en Puerto Rico 5Me mudé, fuera de Puerto Rico 6Otra razón (especifique) 7 |  |
| **Section E** |  | **Current Implant Use** |
| **E.1** | **41** | When did you start using the implant (Nexplanon)? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar el implante contraceptivo (Nexplanon)? |  |  |
| **E.2** | **42** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied have you been with your implant? | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪E.4**  |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con su implante contraceptivo? | Muy satisfecha Algo satisfecha Insatisfecha |  |
| **E.4****\*** | **43** | Since your first visit to your Z-CAN provider, did you want to have your implant removed (for any reason)? | Yes 1No 2 | **2🡪Section J (Past use)** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿ha querido que le quiten el implante (por alguna razón)? | SíNo |  |
| **E.5****\*** | **44** | What is the main reason why you did not have your implant removed? *(Select one).* | I decided on my own to keep my implant 1I talked with my provider and decided to keep my implant 2I could not find a provider to remove my implant 3It cost too much 4I moved within Puerto Rico……………. 5I moved out of Puerto Rico……………. 6Other reason (specify)\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7 | **🡪Section J (Past use)** |
|  |  | ¿Cuál es la **razón principal** por la qué no le quitaron el implante? (Selecciona una). | Decidí por mi cuenta quedarme con mi implante 1Hablé con mi proveedor y decidí dejarme puesto mi implante 2No pude encontrar un proveedor para quitarme mi implante 3Cuesta muy caro 4Me mudé, pero en Puerto Rico 5Me mudé, fuera de Puerto Rico 6Otra razón (especifique) 7 |  |
| **Section F** |  | **Current Shot Use** |
| **F.1** | **45** | When did you start using the contraceptive shot (Depo Provera)? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar la inyección contraceptiva (DepoProvera)? |  |  |
| **F.2** | **46** | What was the date of your most recent shot?  | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuál es la fecha de su última inyección contraceptiva? |  |  |
| **F.3** | **47** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied have you been with the contraceptive shot? | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪Section J (Past use)** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con su inyección contraceptiva? | Muy satisfecha Algo satisfecha Insatisfecha |  |
| **Section G** |  | **Current Pill Use** |
| **G.1** | **48** | When did you start using the birth control pill? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar pastillas anticonceptivas? |  |  |
| **G.2** | **49** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied have you been with using the birth control pill? | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪 G.4** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con las pastillas anticonceptivas? | Muy satisfecha 1Algo satisfecha 2Insatisfecha 3 |  |
| **G.4** | **50** | The last time that you got birth control pills, how many packs of pills did you receive? | 1 pack 12 packs 23 packs 34-6 packs 47-9 packs 510-12 packs 613 or more packs 7 |  |
|  |  | La última vez que obtuvo pastillas anticonceptivas o píldoras¿cuántos paquetes de pastillas anticonceptivas recibió? | 1 paquete 12 paquetes 23 paquetes 3De 4 a 6 paquetes 4De 7 a 9 paquetes 5De 10 a 12 paquetes 613 paquetes o mas 7 |  |
| **G.5** | **51** | Since the Z-CAN program ended on September 30, 2017, how difficult has it been for you to get more pills when you need them? | Not difficult 1Somewhat difficult 2Very difficult 3 | **1🡪Section J (Past use)** |
|  |  | 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 1Algo difícil 2Muy difícil 3 |  |
| **G.6** | **52** | Why has it been difficult for you to get more pills when you needed them?*Select all that apply*  | Difficulty finding a provider to get pills or a prescription for pills 1Distance to a clinic or pharmacy 2Hard to get to a clinic or pharmacy 3Remembering to go to a clinic or pharmacy 4Finding the time to go to a clinic or pharmacy 5Pills were too expensive 6I moved within Puerto Rico……………. 7I moved out of Puerto Rico……………. 8Other reason\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9 | **🡪Section J (Past use)** |
|  |  | ¿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 1Distancia de la clínica o farmacia 2Dificultad para llegar a la clínica o a la farmacia 3Recordar ir a la clínica o a la farmacia 4Encontrar tiempo para ir a la clínica o a la farmacia 5Las pastillas son demasiado caras 6Me mudé, pero en Puerto Rico 7Me mudé, fuera de Puerto Rico 8Otra razón (especifique, por favor): 9 |  |
| **Section H** |  | **Current Ring Use** |
| **H.1** | **53** | When did you start using the ring (Nuvaring)? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar el anillo (Nuvaring)? |  |  |
| **H.2** | **54** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied have you been with the ring? | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪 H.4** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con el anillo? | Muy satisfecha Algo satisfecha Insatisfecha |  |
| **H.4** | **55** | Since the Z-CAN program ended on September 30, 2017, how difficult has it been for you to get more rings when you need them? | Not difficult 1Somewhat difficult 2Very difficult 3 | **1🡪 Section J (Past use)** |
|  |  | 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 1Algo difícil 2Muy difícil 3 |  |
| **H.5** | **56** | Why has it been difficult for you to get more rings when you needed them?*Select all that apply*  | Difficulty finding a provider to get rings or a prescription for rings 1Distance to a clinic or pharmacy 2Hard to get to a clinic or pharmacy 3Remembering to go to a clinic or pharmacy 4Finding the time to go to a clinic or pharmacy 5The ring is too expensive 6I moved within Puerto Rico……………. 7I moved out of Puerto Rico……………. 8Other reason\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9 | **🡪Section J (Past use)** |
|  |  | ¿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 1Distancia de la clínica o farmacia 2Dificultad para llegar a la clínica o a la farmacia 3Recordar ir a la clínica o a la farmacia 4Encontrar tiempo para ir a la clínica o a la farmacia 5El anillo es demasiado caro 6Me mudé, pero en Puerto Rico 7Me mudé, fuera de Puerto Rico 8Otra razón (especifique, por favor): 9 |  |
| **Section I** |  | **Current Patch Use** |
| **I.1** | **57** | When did you start using the patch? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar el parcho? |  |  |
| **I.2** | **58** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied have you been with the patch? | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪 I.4** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con el parcho? | Muy satisfecha ………………………….1Algo satisfecha ………………………….2Insatisfecha …………………………….3 |  |
| **I.4** | **59** | Since the Z-CAN program ended on September 30, 2017, how hard has it been for you to get more patches when you need them? | Not difficult 1Somewhat difficult 2Very difficult 3 | **1🡪 Section J (Past use)** |
|  |  | 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 1Algo difícil 2Muy difícil 3 |  |
| **I.5** | **60** | Why has it been difficult for you to get more patches when you needed them?*Select all that apply*  | Difficulty finding a provider to get patches or a prescription for patches 1Distance to a clinic or pharmacy 2Hard to get to a clinic or pharmacy 3Remembering to go to a clinic or pharmacy 4Finding the time to go to a clinic or pharmacy 5The patch is too expensive 6I moved within Puerto Rico……………. 7I moved out of Puerto Rico……………. 8Other reason\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9 | **🡪 Section J (Past use)** |
|  |  | ¿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 1Distancia de la clínica o la farmacia 2Dificultad en llegar a la clínica o a la farmacia 3 Recordar ir a la clínica o a la farmacia 4Encontrar tiempo para ir a la clínica o a la farmacia 5El parcho es muy caro para mí 6Me mudé, pero en Puerto Rico 7Me mudé, fuera de Puerto Rico 8Otra razón (especifique, por favor): 9 |  |
| **Section J** |  | **Past Contraceptive Use** |
| **J.1** | **61** | *We’d like to know about birth control methods you stopped using since your first visit to your Z-CAN provider, even if you only used them for a short period of time.* Did you use any of these methods of birth control since your first visit to your Z-CAN provider, but stopped using it? *(select all that apply)****Note- Survey will skip to section for each methods marked ‘yes’. After those sections are completed, will skip to ‘Condom’ section******Note- if no to all methods, will skip to ‘Condom’ section.*** | Hormonal IUD (Mirena, Skyla, Liletta) No 1 Yes 2Copper IUD (ParaGard) No 1 Yes 2Implant (Nexplanon) No 1 Yes 2Contraceptive shot (DepoProvera) No 1 Yes 2Birth control pills No 1 Yes 2Contraceptive ring (Nuvaring) No 1 Yes 2Contraceptive patch (Xulane) No 1 Yes 2None of these methods No 1 Yes 2 | **2🡪Section K (LNG-IUD past)2🡪Section L (Cu-IUD past)2🡪Section M (Implant past)****2🡪Section N (Depo past)****2🡪Section O (Pills past)****2🡪Section P (Ring past)****2🡪Section Q (Patch past)****2🡪Section R****(Condom)** |
|  |  | Nos gustaría conocer los métodos de control de natalidad que dejó de utilizar desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, incluyendo aquellos usados por corto tiempo. ¿Ha usado alguno de los siguientes métodos de control de natalidad desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, pero dejo de usarlo? (Selecciona **TODAS** las que aplique) | DIU hormonal (Mirena, Skyla, Liletta)  No 1 Sí 2DIU de cobre (ParaGard) No 1 Sí 2Implante (Nexplanon) No 1 Sí 2Inyección contraceptiva (DepoProvera)  No 1 Sí 2Pastillas anticonceptivas (Píldoras)  No 1 Sí 2Anillo contraceptivo (Nuvaring)  No 1 Sí 2Parcho contraceptivo (Xulane)  No 1 Sí 2Ninguno de estos métodos No 1 Sí 2 |  |
| **Section K** |  | **Past Hormonal IUD Use**  |
| **K.1** | **62** | When did you start using the hormonal IUD (Mirena, Skyla, Liletta)? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar el DIU hormonal?(Mirena, Skyla, Liletta) |  |  |
| **K.2** | **63** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied were you with your hormonal IUD (Mirena, Skyla, Liletta)?  | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪 K.4** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con su DIU hormonal (Mirena, Skyla, Liletta)? | Muy satisfecha Algo satisfecha Insatisfecha |  |
| **K.3** | **64** | What are the main reasons you were not very satisfied with your hormonal IUD? (check all that apply) | I experienced bleeding changes 1I experienced side effects 2It caused me pain 3My partner did not want me to use it 4I wanted to get pregnant 5I do not believe it is effective for birth control 6Other reason (specify): ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7 |  |
|  |  | ¿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 sangradoExperimenté efectos secundariosMe causó dolorEra demasiado caro para míMi pareja no quiere que lo useQuiero quedar embarazadaNo creo que sea un método anticonceptivo confinableOtra razón (especifique, por favor): |  |
| **K.4** | **65** | Since your first visit to your Z-CAN provider, did your hormonal IUD ever completely fall out? | No 1 Yes 2 | **2🡪next applicable section** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, su DIU hormonal ¿se desprendió completamente de su cuerpo en algún momento? | NoSí |  |
| **K.5** | **66** | Since your first visit to your Z-CAN provider, was your hormonal IUD removed? |  No 1 Yes 2 |  |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿le han removido su DIU hormonal? | NoSí |  |
| **K.6****\*** | **67** | Did a Z-CAN provider remove your hormonal IUD? | No 1Yes 2I don’t know 3 | **1, 3🡪 K.9** |
|  |  | ¿Un proveedor de Z-CAN le quitó su DIU hormonal? | No 1Sí 2No lo sé 3 |  |
| **K.7** | **68** | Often during a visit, you may be charged for multiple services; we are interested specifically in whether you paid to have your IUD removed. Did you pay a provider to have your IUD removed? | No 1Yes 2I don’t know 3 | **1, 3🡪 K.9** |
|  |  | 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 1Sí 2No lo sé 3 |  |
| **K.7.1** |  | **You should not have been asked to pay for your IUD removal. If you were asked to pay for a Z-CAN service, you may contact the Z-CAN program at: info@anteladudapregunta.org** |  |  |
|  |  | **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** |  |  |
| **K.8****\*** | **69** | Did you receive any other health care services at the same visit as when you had your IUD removed? (check all that apply) | Yes, birth control 1Yes, a check-up or test related to using birth control 2Yes, STD test or treatment 3Yes, pregnancy test 4Yes, pregnancy care 5Yes, other health care needs 6No 7 |  |
|  |  | ¿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 1Sí, un chequeo o una prueba relacionada con el uso de anticonceptivos 2Sí, prueba o tratamiento de ETS 3Sí, prueba de embarazo 4Sí, el cuidado del embarazo 5Sí, otros tipos de atención médica 6No 7 |  |
| **K.9** | **70** | Did you talk with a provider before you stopped using your hormonal IUD (or had it removed)?  |  No 1 Yes 2 |  |
|  |  | ¿Habló con un proveedor antes de dejar de usar su DIU hormonal (o de removerlo)? | NoSí |  |
| **K.10** | **71** | Why did you stop using your hormonal IUD (or have it removed)? (check all that apply)  | It was in the wrong place………………..1It was falling out………………………..2I had an infection (e.g. chlamydia, gonorrhea, pelvic inflammatory disease (PID)) 3I experienced bleeding changes 4I experienced side effects 5It caused me pain 6My partner did not want me to use it 7I wanted to get pregnant 8I do not believe it is effective for birth control 9Healthcare provider recommended I stop using it 10Other reason (specify): ­­\_\_\_\_\_\_\_ 11 | **next applicable section** |
|  |  | ¿Por qué dejó de utilizar (o removió) su DIU hormonal? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | Estaba en el lugar erróneoSe estaba cayendoTuve una infección (ej., clamidia, gonorrea, Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP))Experimenté cambios en el sangradoExperimenté efectos secundariosMe causó dolorMi pareja no quiere que lo useQuiero quedar embarazadaNo creo que sea un método anticonceptivo confiableMi proveedor de salud recomendó que parara de usarloOtra razón (especifique, por favor): |  |
| **Section L** |  | **Past Copper IUD Use** |
| **L.1** | **72** | When did you start using the copper IUD (ParaGard)? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar el DIU de cobre (ParaGard)? |  |  |
| **L.2** | **73** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied were you with your copper IUD?  | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪 L.4** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con su DIU de cobre? | Muy satisfechaAlgo satisfechaInsatisfecha |  |
| **L.3** | **74** | What are the main reasons you were not very satisfied with your copper IUD? (check all that apply) | I experienced bleeding changes 1I experienced side effects 2It caused me pain 3My partner did not want me to use it 4I wanted to get pregnant 5I do not believe it is effective for birth control 6Other reason (specify): ­­\_\_\_\_ 7 |  |
|  |  | ¿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 sangradoExperimenté efectos secundariosMe causó dolorMi pareja no quiere que lo useQuiero quedar embarazadaNo creo que sea un método anticonceptivo confinableOtra razón (especifique, por favor): |  |
| **L.4** | **75** | Since your first visit to your Z-CAN provider, did your copper IUD ever completely fall out? | No 1Yes 2 | **2🡪next applicable section** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿en algún momento se desprendió completamente de su cuerpo su DIU de cobre? | No Sí |  |
| **L.5** | **76** | Since your first visit to your Z-CAN provider, was your copper IUD removed? |  No 1 Yes 2 |  |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿le han removido su DIU de cobre? | No Sí |  |
| **L.6****\*** | **77** | Did a Z-CAN provider remove your copper IUD? | No 1Yes 2I don’t know 3 | **1,3🡪 L.9** |
|  |  | ¿Algún proveedor de Z-CAN le quitó su DIU de cobre? | NoSí 2No lo sé 3 |  |
| **L.7** | **78** | Often during a visit, you may be charged for multiple services; we are interested specifically in whether you paid to have your IUD removed. Did you pay a provider to have your IUD removed? | No 1Yes 2I don’t know 3 | **1,3🡪 L.9** |
|  |  | 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 1Si 2No lo sé 3 |  |
| **L.7.1** |  | **You should not have been asked to pay for your IUD removal. If you were asked to pay for a Z-CAN service, you may contact the Z-CAN program at: info@anteladudapregunta.org** |  |  |
|  |  | **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****\*** | **79** | Did you receive any other health care services at the same visit as when you had your copper IUD removed? (check all that apply) | Yes, birth control 1Yes, a check-up or test related to using birth control 2Yes, STD test or treatment 3Yes, pregnancy test 4Yes, pregnancy care 5Yes, other health care needs 6No 7 |  |
|  |  | ¿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 1Sí, un chequeo o una prueba relacionada con el uso de anticonceptivos 2Sí, prueba o tratamiento de ETS 3Sí, prueba de embarazo 4Sí, el cuidado del embarazo 5Sí, otros tipos de atención médica 6No 7 |  |
| **L.9** | **80** | Did you talk with a provider before you stopped using your copper IUD (or had it removed)?  |  No 1 Yes 2 |  |
|  |  | ¿Habló con un proveedor antes de dejar de usar su DIU de cobre (o de removerlo)? | No 1Sí 2 |  |
| **L.10** | **81** | Why did you stop using your copper IUD (or have it removed)? (check all that apply)  | It was in the wrong place………………..1It was falling out………………………….2I had an infection (e.g. chlamydia, gonorrhea, pelvic inflammatory disease (PID)) 3I experienced bleeding changes 4I experienced side effects 5It caused me pain 6My partner did not want me to use it 7I want to get pregnant 8I do not believe it is effective for birth control 9Healthcare provider recommended I stop using it 10Other reason (specify): ­­\_\_\_\_\_\_\_ 11 | **next applicable section** |
|  |  | ¿Por qué dejó de utilizar (o removió) su DIU de cobre? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | Estaba en el lugar erróneo……………..1Se estaba cayendo……………..……….2Tuve una infección (ej., clamidia, gonorrea, Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)) 3Experimenté cambios en el sangrado 4Experimenté efectos secundarios 5Me causó dolor 6Mi pareja no quiere que lo use 7Quiero quedar embarazada 8No creo que sea un método anticonceptivo confiable 9Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarlo 10Otra razón (especifique, por favor): 11 |  |
| **Section M** |  | **Past Implant Use** |
| **M.1** | **82** | When did you start using the implant (Nexplanon)? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar el implante contraceptive (Nexplanon)? |  |  |
| **M.2** | **83** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied were you with the implant? | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪 M.4** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con su implante contraceptivo? | Muy satisfecha Algo satisfecha Insatisfecha |  |
| **M.3** | **84** | What are the main reasons you were not very satisfied with your implant? (check all that apply) | I experienced bleeding changes 1I experienced side effects 2It caused me pain 3My partner did not want me to use it 4I wanted to get pregnant 5I do not believe it is effective for birth control 6Other reason (specify): ­­\_\_\_\_ 7 |  |
|  |  | ¿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 sangradoExperimenté efectos secundariosMe causó dolorMi pareja no quiere que lo useQuiero quedar embarazadaNo creo que sea un método anticonceptivo confiable Otra razón (especifique, por favor): |  |
| **M.4****\*** | **85** | Did a Z-CAN provider remove your implant? | No 1Yes 2I don’t know 3 | **1,3🡪 M.7** |
|  |  | ¿Algún proveedor de Z-CAN le quitó el implante? | No 1Sí 2No lo sé 3 |  |
| **M.5** | **86** | Often during a visit, you may be charged for multiple services; we are interested specifically in whether you paid to have your implant removed. Did you pay a provider to have your implant removed? | No 1Yes 2I don’t know 3 | **1,3🡪 M.7** |
|  |  | 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 1Sí 2No lo sé 3 |  |
| **M.5.1** |  | **You should not have been asked to pay for your implant removal. If you were asked to pay for a Z-CAN service, you may contact the Z-CAN program at: info@anteladudapregunta.org** |  |  |
|  |  | **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** |  |  |
| **M.6****\*** | **87** | Did you receive any other health care services at the same visit as when you had your implant removed? (check all that apply) | Yes, birth control 1Yes, a check-up or test related to using birth control 2Yes, STD test or treatment 3Yes, pregnancy test 4Yes, pregnancy care 5Yes, other health care needs 6No 7 |  |
|  |  | ¿Recibió usted otros servicios de atención médica en la misma visita en que le quitaron el implante? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | Sí, anticonceptivos 1Sí, un chequeo o una prueba relacionada con el uso de anticonceptivos 2Sí, prueba o tratamiento de ETS 3Sí, prueba de embarazo 4Sí, el cuidado del embarazo 5Sí, otros tipos de atención médica 6No 7 |  |
| **M.7** | **88** | Did you talk with a provider before you had your implant removed?  |  No 1 Yes 2 |  |
|  |  | ¿Habló con un proveedor antes remover su implante contraceptivo? | No Sí |  |
| **M.8** | **89** | Why did you have your implant removed? (check all that apply)  | I experienced bleeding changes 1I experienced side effects 2It caused me pain 3My partner did not want me to use it 4I wanted to get pregnant 5I do not believe it is effective for birth control 6Healthcare provider recommended I stop using it 7Other reason (specify): ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8  | **next applicable section** |
|  |  | ¿Por qué dejó de utilizar (o removió) su implante contraceptivo? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | Experimenté cambios en el sangradoExperimenté efectos secundariosMe causó dolorMi pareja no quiere que lo useQuiero quedar embarazadaNo creo que sea un método anticonceptivo confiable Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarloOtra razón (especifique, por favor): |  |
| **Section N** |  | **Past Shot Use** |
| **N.1** | **90** | When did you start using the contraceptive shot (Depo Provera)? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar la inyección contraceptive (DepoProvera)? |  |  |
| **N.2** | **91** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied were you with the contraceptive shot (Depo Provera)? | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪 N.4** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con su inyección contraceptiva (DepoProvera)? | Muy satisfecha 1Algo satisfecha 2Insatisfecha 3 |  |
| **N.3** | **92** | What are the main reasons you were not very satisfied with the contraceptive shot? (check all that apply) | It was not convenient for me 1I experienced bleeding changes 2I experienced side effects 3It caused me pain 4It was too expensive for me 5My partner did not want me to use it 6I wanted to get pregnant 7I do not believe it is effective for birth control 8Other reason (specify): ­­\_\_\_\_ 9 |  |
|  |  | ¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su inyección contraceptiva? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | No me es convenienteExperimenté cambios en el sangrado 2Experimenté efectos secundarios 3Me causó dolor 4Era demasiado caro para mí 5Mi pareja no quiere que lo use 6Quiero quedar embarazada 7No creo que sea un método anticonceptivo confinable 8Otra razón (especifique, por favor): 9 |  |
| **N.4** | **93** | Did you talk with a provider before you stopped using the contraceptive shot?  |  No 1 Yes 2 |  |
|  |  | ¿Habló con un proveedor antes de dejar de usar la inyección contraceptiva? | No 1Sí 2 |  |
| **N.5** | **94** | Why did you stop using the contraceptive shot? (check all that apply)  | It was not convenient for me 1I experienced bleeding changes 2I experienced side effects 3It caused me pain 4It was too expensive for me 5My partner did not want me to use it 6I wanted to get pregnant 7I do not believe it is effective for birth control 8Healthcare provider recommended I stop using it 9I had trouble getting to a clinic for shots 10I could not find a provider who had the contraceptive shot 11I moved within Puerto Rico…………… 12I moved out of Puerto Rico……………. 13Other reason (specify): ­­\_\_\_\_\_\_\_ 14 | **next applicable section** |
|  |  | ¿Por qué dejó de utilizar la inyección contraceptiva? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | No me es conveniente 1Experimenté cambios en el sangrado 2Experimenté efectos secundarios 3Me causó dolor 4Es demasiado caro para mí 5Mi pareja no quiere que lo use 6Quiero quedar embarazada 7No creo que sea un método anticonceptivo confiable 8Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarlo 9Tuve problemas para llegar a la clínica para recibir las inyecciones 10No pude encontrar un proveedor que tenia la inyección contraceptiva disponible 11Me mudé, pero en Puerto Rico 12Me mudé, fuera de Puerto Rico 13Otra razón (especifique, por favor): 14 |  |
| **Section O** |  | **Past Pill Use** |
| **O.1** | **95** | When did you start using the birth control pill? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar pastillas anticonceptivas? |  |  |
| **O.2** | **96** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied were you with the using the birth control pill? | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪 O.4** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con las píldoras anticonceptivas? | Muy satisfecha 1Algo satisfecha 2Insatisfecha 3 |  |
| **O.3** | **97** | What are the main reasons you were not very satisfied using the birth control pill? (check all that apply) | It was not convenient for me 1I experienced bleeding changes 2I experienced side effects 3It caused me pain 4It was too expensive for me 5My partner did not want me to use it 6I wanted to get pregnant 7I do not believe it is effective for birth control 8Other reason (specify): ­­\_\_\_\_ 9 |  |
|  |  | ¿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 1Experimenté cambios en el sangrado 2Experimenté efectos secundarios 3Me causó dolor 4Era demasiado caro para mí 5Mi pareja no quiere que lo use 6Quiero quedar embarazada 7No creo que sea un método anticonceptivo confinable 8Otra razón (especifique, por favor): 9 |  |
| **O.4** | **98** | The last time that you got birth control pills, how many packs of pills did you receive? | 1 pack 12 packs 23 packs 34-6 packs 47-9 packs 510-12 packs 613 or more packs 7 |  |
|  |  | La última vez que obtuvo pastillas anticonceptivas o píldoras,¿cuántos paquetes de pastillas recibió? | 1 paquete 12 paquetes 23 paquetes 3De 4 a 6 paquetes 4De 7 a 9 paquetes 5De 10 a 12 paquetes 613 paquetes o mas 7 |  |
| **O.5** | **99** | Since the Z-CAN program ended on September 30, 2017, how difficult was it for you to get more pills when you need them? | Not difficult 1Somewhat difficult 2Very difficult 3 | **1🡪 O.7** |
|  |  | 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 1Algo difícil 2Muy difícil 3 |  |
| **O.6** | **100** | Why was it was difficult for you to get more pills when you needed them?*Select all that apply*  | Difficulty finding a provider to get pills or a prescription for pills 1Distance to a clinic or pharmacy 2Hard to get to a clinic or pharmacy 3Remembering to go to a clinic or pharmacy 4Finding the time to go to a clinic or pharmacy 5Pills were too expensive 6I moved within Puerto Rico……………. 7I moved out of Puerto Rico……………. 8Other reason\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9 |  |
|  |  | ¿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 1Distancia de la clínica o la farmacia 2Dificultad para llegar a la clínica o a la farmacia 3Recordar ir a la clínicao a la farmacia 4Encontrar tiempo para ir a la clínica o a la farmacia 5Las pastillas eran demasiado caras 6Me mudé, pero en Puerto Rico 7Me mudé, fuera de Puerto Rico 8Otra razón (especifique, por favor): 9 |  |
| **O.7** | **101** | Did you talk with a provider before you stopped using the pill?  |  No 1 Yes 2 |  |
|  |  | ¿Habló con un proveedor antes de dejar de usar las pastillas anticonceptivas? | No 1Sí 2 |  |
| **O.8** | **102** | Why did you stop using the birth control pill? (check all that apply)  | It was not convenient for me 1I experienced bleeding changes 2I experienced side effects 3It caused me pain 4It was too expensive for me 5My partner did not want me to use it 6I wanted to get pregnant 7I do not believe it is effective for birth control 8Healthcare provider recommended I stop using it 9Too hard to remember to take a pill every day 10Too hard to get pills from clinic or pharmacy 11I could not find a provider to get pills or a prescription for pills 12I moved within Puerto Rico…………… 13I moved out of Puerto Rico…………... 14Other reason (specify): \_\_\_\_ 15 | **next applicable section** |
|  |  | ¿Por qué dejó de usar pastillas anticonceptivas? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | No me es conveniente 1Experimenté cambios en el sangrado 2Experimenté efectos secundarios 3Me causó dolor 4Es demasiado caro para mí 5Mi pareja no quiere que lo use 6Quiero quedar embarazada 7No creo que sea un método anticonceptivo confiable 8Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarlo 9Era muy difícil recordar tomarlas todos los días 10Era muy difícil conseguir pastillas en la clínica o la farmacia 11No pude encontrar un proveedor para obtener las pastillas o a una receta para las pastillas 12Me mudé, pero en Puerto Rico 13Me mudé, fuera de Puerto Rico 14Otra razón (especifique, por favor): 15 |  |
| **Section P** |  | **Past Ring Use** |
| **P.1** | **103** | When did you start using the ring (Nuvaring)? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar el anillo (Nuvaring)? |  |  |
| **P.2** | **104** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied were you with the ring? | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪 P.4** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con el anillo? | Muy satisfecha 1Algo satisfecha 2Insatisfecha 3 |  |
| **P.3** | **105** | What are the main reasons you were not very satisfied with the ring? (check all that apply) | It was not convenient for me 1I experienced bleeding changes 2I experienced side effects 3It caused me pain 4It was too expensive for me 5My partner did not want me to use it 6I wanted to get pregnant 7I do not believe it is effective for birth control 8Other reason (specify): ­­\_\_\_\_ 9 |  |
|  |  | ¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su anillo? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | No me es conveniente 1Experimenté cambios en el sangrado 2Experimenté efectos secundarios 3Me causó dolor 4Era demasiado caro para mí 5Mi pareja no quiere que lo use 6Quiero quedar embarazada 7No creo que sea un método anticonceptivo confinable 8Otra razón (especifique, por favor): 9 |  |
| **P.4** | **106** | Since the Z-CAN program ended on September 30, 2017, how hard was it for you to get more rings when you need them? | Not difficult 1Somewhat difficult 2Very difficult 3 | **1🡪 P.6** |
|  |  | 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 1Algo difícil 2Muy difícil 3 |  |
| **P.5** | **107** | Why was it difficult for you to get more rings when you needed them?*Select all that apply*  | Difficulty finding a provider to get rings or a prescription for rings 1Distance to a clinic or pharmacy 2Hard to get to a clinic or pharmacy 3Remembering to go to a clinic or pharmacy 4Finding the time to go to the clinic or pharmacy 5The ring is too expensive 6I moved within Puerto Rico……………. 7I moved out of Puerto Rico……………. 8Other reason\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9 |  |
|  |  | ¿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 1Distancia de la clínica o farmacia 2Dificultad en llegar a la clínica o a la farmacia 3Recordar ir a la clínica o a la farmacia 4Encontrar tiempo para ir a la clínica o a la farmacia 5El anillo es demasiado caro 6Me mudé, pero en Puerto Rico 7Me mudé, fuera de Puerto Rico 8Otra razón (especifique, por favor): 9 |  |
| **P.6** | **108** | Did you talk with a provider before you stopped using the ring?  |  No 1 Yes 2 |  |
|  |  | ¿Habló con un proveedor antes de deja de usar su anillo? | No Sí |  |
| **P.7** | **109** | Why did you stop using the ring? (check all that apply)  | It was not convenient for me 1I experienced bleeding changes 2I experienced side effects 3It caused me pain 4It was too expensive for me 5My partner did not want me to use it 6I wanted to get pregnant 7I do not believe it is effective for birth control 8Healthcare provider recommended I stop using it 9It was difficult to use/insert 10Too hard to get rings from clinic or pharmacy 11I could not find a provider to get rings or a prescription for rings 12I moved within Puerto Rico…………….13I moved out of Puerto Rico…………….14Other reason (specify): \_\_\_\_ 15 | **next applicable section** |
|  |  | ¿Por qué dejó de utilizar el anillo? (Selecciona **TODAS** las que aplique) | No me es conveniente 1Experimenté cambios en el sangrado 2Experimenté efectos secundarios 3Me causó dolor 4Era demasiado caro para mí 5Mi pareja no quiere que lo use 6Quiero quedar embarazada 7No creo que sea un método anticonceptivo confiable 8Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarlo 9Era difícil de usar/insertar 10Era muy difícil conseguir anillos de la clínica o farmacia 11No pude encontrar un proveedor para obtener los anillos o una receta para los anillos 12Me mudé, pero en Puerto Rico 13Me mudé, fuera de Puerto Rico 14Otra razón (especifique, por favor): 15 |  |
| **Section Q** |  | **Past Patch Use** |
| **Q.1** | **110** | When did you start using the patch? | MM / YYYY |  |
|  |  | ¿Cuándo comenzó a utilizar el parcho? |  |  |
| **Q.2** | **111** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how satisfied were you with the patch? | Very satisfied 1Somewhat satisfied 2Not satisfied 3 | **1🡪 Q.4** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán satisfecha ha estado con su parcho? | Muy satisfecha 1Algo satisfecha 2Insatisfecha 3 |  |
| **Q.3** | **112** | What are the main reasons you were not very satisfied with the patch? (check all that apply) | It was not convenient for me 1I experienced bleeding changes 2I experienced side effects 3It caused me pain 4It was too expensive for me 5My partner did not want me to use it 6I wanted to get pregnant 7I do not believe it is effective for birth control 8Other reason (specify): ­­\_\_\_\_ 9 |  |
|  |  | ¿Cuáles son las **razones principales** por la cual no estuvo muy satisfecha con su parcho? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | No me es conveniente 1Experimenté cambios en el sangrado 2Experimenté efectos secundarios 3Me causó dolor 4Era demasiado caro para mí 5Mi pareja no quiere que lo use 6Quiero quedar embarazada 7No creo que sea un método anticonceptivo confinable 8Otra razón (especifique, por favor): 9 |  |
| **Q.4** | **113** | Since the Z-CAN program ended on September 30, 2017, how hard was it for you to get more patches when you need them? | Not difficult 1Somewhat difficult 2Very difficult 3 | **1🡪 Q.6** |
|  |  | 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 1Algo difícil 2Muy difícil 3 |  |
| **Q.5** | **114** | Why was it difficult for you to get more patches when you needed them?*Select all that apply*  | Difficulty finding a provider to get patches or a prescription for patches 1Distance to a clinic or pharmacy 2Hard to get to a clinic or pharmacy 3Remembering to go to a clinic or pharmacy 4Finding the time to go to a clinic or pharmacy 5The patch is too expensive 6I moved within Puerto Rico……………. 7I moved out of Puerto Rico……………. 8Other reason\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9 |  |
|  |  | ¿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 1Distancia de la clínica o farmacia 2Dificultad en llegar a la clínica o a la farmacia 3Recordar ir a clínica o a la farmacia 4Encontrar tiempo para ir a la clínica o a la farmacia 5El parcho era demasiado caro 6Me mudé, pero en Puerto Rico 7Me mudé, fuera de Puerto Rico 8Otra razón (especifique, por favor): 9 |  |
| **Q.6** | **115** | Did you talk with a provider before you stopped using the patch?  |  No 1 Yes 2 |  |
|  |  | ¿Habló con un proveedor antes de para de usar su parcho? | No 1Sí 2 |  |
| **Q.7** | **116** | Why did you stop using the patch? (check all that apply)  | It was not convenient for me 1I experienced bleeding changes 2I experienced side effects 3It caused me pain 4It was too expensive for me 5My partner did not want me to use it 6I wanted to get pregnant 7I do not believe it is effective for birth control 8Healthcare provider recommended I stop using it 9It was difficult to use 10Too hard to get patches from clinic or pharmacy 11I could not find a provider to get patches or a prescription for patches 12I moved within Puerto Rico…………….13I moved out of Puerto Rico……………. 14Other reason (specify): \_\_\_\_ 15 | **next applicable section** |
|  |  | ¿Por qué paró de utilizar parcho? (Selecciona **TODAS** las que aplique) | No me es conveniente 1Experimenté cambios en el sangrado 2Experimenté efectos secundarios 3Me causó dolor 4Es demasiado caro para mí 5Mi pareja no quiere que lo use 6Quiero quedar embarazada 7No creo que sea un método anticonceptivo confiable 8Mi proveedor de salud recomendó que parara de usarlo 9Era difícil de usar 10Era demasiado difícil conseguir parchos de la clínica o farmacia 11No pude encontrar un proveedor para obtener los parchos o a una receta para los parchos 12Me mudé, pero en Puerto Rico 13Me mudé, fuera de Puerto Rico 14Otra razón (especifique, por favor): 15 |  |
| **Section R** |  | **Condom Use and Use of Other Methods** |
| **R.1** | **117** | Since your first visit to your Z-CAN provider, how often do you and your partner(s) use condoms?  | Never 1Sometimes 2Most of the time 3Always 4 | **1🡪 R.3** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿cuán frecuentemente usted y su pareja usan condones? | Nunca 1A veces 2La mayoría del tiempo 3Siempre 4 |  |
| **R.2** | **118** | Why do you and your partner(s) use condoms? (select all that apply ) | To prevent sexually transmitted infections (Chlamydia, gonorrhea, HIV, etc) 1To prevent pregnancy 2To prevent Zika virus infection 3Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4 |  |
|  |  | ¿Por qué usted y su pareja usan condones? (Seleccione **TODAS** las que apliquen). | Para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual (Clamidia, VIH, gonorrea, etc.) 1Para evitar embarazos 2Para prevenir infección con el Virus del Zika 3Otro (especifique, por favor): 4 |  |
| **R.3** | **119** | Since your first visit to your Z-CAN provider, did you use any of these other birth control methods? (select all that apply) | Withdrawal (pulling out) No 1 Yes 2Tubal sterilization (female) No 1 Yes 2Vasectomy (male sterilization) No 1 Yes 2Rhythm method or fertility awareness No 1 Yes 2Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No 1 Yes 2None of these methods No 1 Yes 2 |  |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿ha usado alguno de los siguientes métodos de control de natalidad? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | Técnica de retirada (eyacular fuera)  No 1 Sí 2Amarre de tubos (esterilización femenina)  No 1 Sí 2Vasectomía (esterilización masculina)  No 1 Sí 2Método del Ritmo o Ciclo de Fertilidad No 1 Sí 2Otras (especifique, por favor): No 1 Sí 2Ninguno de estos métodos No 1 Sí 2 |  |
| **Section S** |  | **LARC Desire – For Women Not Currently Using an IUD or Implant** |
| **S.1****\*** | **120** | Since your first visit to your Z-CAN provider, did you want to get an IUD or an implant? | Yes 1No 2 | **2🡪end of survey** |
|  |  | Desde su primera visita con un proveedor de Z-CAN, ¿ha querido que le inserten un DIU o un implante? | Sí 1No 2 |  |
| **S.2****\*** | **121** | Why did you not get an IUD or implant?(select all that apply) | I could not find a provider to insert the method 1My provider recommended another method 2My provider did not have the method available 3My provider said I would have to come back on another day 4It cost too much 5My partner did not want me to use it 6I moved within Puerto Rico……………. 7I moved out of Puerto Rico……………. 8Other reason (specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9 |  |
|  |  | ¿Por qué no recibió un DIU o implante? (Selecciona **TODAS** las que aplique). | No pude encontrar un proveedor para insertar el método 1Mi proveedor recomendó otro método 2Mi proveedor no tenía el método disponible 3Mi proveedor dijo que tendría que volver otro día 4Cuesta muy caro 5Mi pareja no quería que lo usara 6Me mudé, pero en Puerto Rico 7Me mudé, fuera de Puerto Rico 8Otra razón (especifique) 9 |  |

1. ***Note to Reviewers:*** *This is a web-based survey. The patient’s Z-CAN ID will be embedded in the backend of the survey (not visible to the participant) to allow for linking of 6, 18 and 30 month survey results and programmatic data from the same participant. All skip patterns will be programmed into the survey which will minimize survey completion time. All survey question numbers with an asterisk are new since the 6 month survey. Section numbers (although visible on the screenshots) will not be visible on the launched survey.* [↑](#footnote-ref-1)