

INSTRUMENT 6

CLIENT SURVEY

Insert logo here

OMB Control No: 0990-new
Expiration Date: XX-XX-XXXX

Número de control OMB: 0990-new
Fecha de vencimiento: XX-XX-XXXX

Title X Implementation Study

Client Survey

Estudio de implementación de Título X

Encuestas de clientes

THE PAPERWORK REDUCTION ACT OF 1995

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0990-new. The time required to complete this information collection is estimated to average 10 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: U.S. Department of Health & Human Services, OS/OCIO/PRA, 200 Independence Ave., S.W., Suite 336-E, Washington D.C. 20201, Attention: PRA Reports Clearance Officer

LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELEO DE 1995

Según la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a contestar una recolección de información salvo que la misma muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de OMB para esta recolección de información es 0990-new. El tiempo necesario para completar esta recolección de información está estimado en un promedio de 10 minutos, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario con respecto a la precisión del estimado(s) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribir a: U.S. Department of Health & Human Services, OS/OCIO/PRA, 200 Independence Ave., S.W., Suite 336-E, Washington D.C. 20201, Attention: PRA Reports Clearance Officer

Introduction

Introducción

Thank you for agreeing to complete this survey. The survey will ask about your experience receiving health care. The survey is for the Title X Family Planning program and is sponsored by the Office of Population Affairs within the US Department of Health and Human Services. The purpose of the survey is to understand client's experiences with the health care they need and receive and opinions on ways to improve it.

Gracias por aceptar completar esta encuesta. La encuesta preguntará acerca de su experiencia recibiendo cuidado de salud. La encuesta es para el programa de Planificación Familiar Título X y está patrocinada por la Oficina de Asuntos de la Población dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. El propósito de la encuesta es comprender las experiencias de los pacientes con el cuidado de salud que necesitan y reciben y opiniones sobre maneras de mejorarlo.

1. Your participation in this survey is voluntary and you can stop participating at any time.
2. The survey is anonymous, it will not collect your name.
3. All of your answers will be kept private and will only be shared with the study team.
4. The survey will take about 10 minutes to complete.
5. You may skip any questions you do not want to answer, but we hope you will answer them all, because the information you provide is important. There are no known risks for participating in this study. A benefit of participating will be that you will receive a \$10 e-gift card for completing the survey.

1. Su participación en esta encuesta es voluntaria y puede dejar de participar en cualquier momento.
2. La encuesta es anónima, no recopilará su nombre.
3. Todas sus respuestas se mantendrán privadas y solamente serán compartidas con el equipo de estudio.
4. Completar la encuesta llevará unos 10 minutos.
5. Puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar pero esperamos que las conteste todas porque la información que provee es importante. No hay riesgos conocidos por participar en este estudio. Un beneficio de participar será que recibirá una tarjeta de regalo electrónica de \$10 por completar la encuesta.

If you would like more information about this survey or if you would like a copy of this consent form, please contact the project director, Brian Goesling at TitleXStudy@mathematica-mpr.com or call (800) xxx-xxxx

If you have questions about your rights as a research volunteer, you can call Health Media Lab Institutional Review Board at (202) 549-1982.

Si desea obtener más información sobre esta encuesta o si desea una copia de este formulario de consentimiento, comuníquese con el director del proyecto, Brian Goesling, en TitleXStudy@mathematica-mpr.com o llame al (800) xxx-xxxx

Si tiene preguntas sobre sus derechos como voluntario de evaluación, puede llamar a la Junta de Revisión Institucional del Laboratorio de Medios de Salud al (202) 549-1982.

☐ CLICK HERE IF YOU AGREE TO PARTICIPATE IN THE STUDY. HAGA CLICK AQUÍ SI ACEPTA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

SECTION A: BACKGROUND ABOUT YOUR VISIT

SECCIÓN A: INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE SU VISITA

A1. Which [SERVICE DELIVERY SITE]¹ did you visit most recently?

This could have been either in person or through a video or phone call.

Select one only-drop down

A1. ¿Qué [SERVICE DELIVERY SITE] visitó más recientemente?

Esto podría haber sido en persona o a través de una videollamada o llamada telefónica.

Seleccione solo una-desplegable

A2. Was this your first visit at [SERVICE DELIVERY SITE]?

☐ Yes.....1

☐ No.....0

A2. ¿Fue esta su primera visita a [SERVICE DELIVERY SITE]?

☐ Sí.....1

☐ No.....0

A3. How did you hear about this [SERVICE DELIVERY SITE]?

Select all that apply

☐ The [SERVICE DELIVERY SITE] website.....1 Go to A5

☐ Social Media (for example, Facebook or Instagram).....2 Go to A5

☐ Advertisement (e.g., online, flyer, billboard).....3 Go to A5

☐ An internet/Google search.....4

☐ From a friend or family member.....5

☐ At a community event.....6

☐ Another provider referred me here or recommended I come here.....7

☐ A community organization referred me here or recommended I come here.....8

☐ School.....9

☐ Other, please describe:.....99

Specify

¹ Note to reviewer: Fills will be health center, hospital, clinic—whatever the best term is to describe the service site.

A3. ¿Cómo se enteró de [SERVICE DELIVERY SITE]?

Seleccione todas las que apliquen

- ☐ El sitio web de [SERVICE DELIVERY SITE].....1 Go to A5
- ☐ Redes sociales (por ejemplo, Facebook o Instagram).....2 Go to A5
- ☐ Anuncio (p. ej. en línea, volante, cartelera).....3 Go to A5
- ☐ Una búsqueda por Internet/en Google.....4
- ☐ De un amigo o familiar.....5
- ☐ En un evento comunitario.....6
- ☐ Otro médico clínico me refirió aquí o recomendó que viniera aquí.....7
- ☐ Una organización comunitaria me refirió aquí o sugirió que viniera aquí.....8
- ☐ Escuela.....9
- ☐ Otro, por favor describa:.....99
- Especifique

A4. Did you see any ads or materials for this [SERVICE DELIVERY SITE]?

This could include social media posts, a website, and print materials/flyers.

- ☐ Yes.....1
- ☐ No.....0 Go to B1

A4. ¿Vio algún anuncio o material para [SERVICE DELIVERY SITE]?

Esto podría incluir publicaciones en redes sociales, un sitio web, y materiales impresos/volantes.

- ☐ Sí.....1
- ☐ No.....0 Go to B1

A5. [A3=1,2,3 OR A4=yes] Were the ads or materials you saw for this [SERVICE DELIVERY SITE]...

	Yes-all materials	Yes, some of the materials	No-none of the materials	Not sure/ Don't Remember
a. In your language of choice?	2 ☐	1 ☐	0 ☐	d ☐
b. Age-appropriate?	2 ☐	1 ☐	0 ☐	d ☐
c. Helpful for explaining the [SERVICE DELIVERY SITE]'s services or benefits?	2 ☐	1 ☐	0 ☐	d ☐

A5. ¿ Los anuncios o materiales que vio para [SERVICE DELIVERY SITE] eran...?

	Sí, todos los materiales	Sí, algunos materiales	No, ningún material	No estoy seguro(a)/No recuerdo
a. En el idioma de su elección?	2 ☐	1 ☐	0 ☐	d ☐
b. Relacionables para personas de su edad?	2 ☐	1 ☐	0 ☐	d ☐
c. Útiles para explicar los servicios o beneficios de [SERVICE DELIVERY SITE]?	2 ☐	1 ☐	0 ☐	d ☐

Section B: Experience with health visit

Sección B: Experiencia con visita médica

The next questions ask about your experiences at [SERVICE DELIVERY SITE] during your most recent visit.

Las próximas preguntas son acerca de sus experiencias en su visita más reciente a [SERVICE DELIVERY SITE].

B1. When you first tried to schedule an appointment at [SERVICE DELIVERY SITE] for your visit, how long was the wait to get an appointment?

- ☐ Less than one week.....1
- ☐ Between one and two weeks.....2
- ☐ Between two weeks and four weeks.....3
- ☐ Longer than four weeks.....4
- ☐ No wait, this was a walk-in appointment.....5

B1. Cuando inicialmente intentó programar una cita para su visita a [SERVICE DELIVERY SITE], ¿cuánto tuvo que esperar para una cita?

- ☐ Menos de una semana.....1
- ☐ Entre una y dos semanas.....2
- ☐ Entre dos semanas y cuatro semanas.....3
- ☐ Más de cuatro semanas.....4
- ☐ Sin espera, fue sin cita previa.....5

B2. Was your visit at [SERVICE DELIVERY SITE] in-person (face-to-face with a provider), or conducted over a video or phone call?

- ☐ In-person.....1
- ☐ Video/Phone call.....2 Go to B4

B2. ¿Fue su visita a [SERVICE DELIVERY SITE] en persona (cara a cara con un proveedor), o realizada por videollamada o llamada telefónica?

- ☐ En persona.....1
- ☐ Videollamada/Llamada telefónica.....2 Go to B4

B3. [IF B2 =1] Was any part of your visit today conducted virtually?

For example, a telephone screening, video call with staff or a clinician.

- ☐ Yes.....1
- ☐ No.....0

B3. [IF B2=1] ¿Se hizo virtualmente alguna parte de la visita de hoy?

Por ejemplo, una evaluación telefónica, videollamada con personal o un médico clínico.

☐ Sí.....1

☐ No.....0

B4. Some medical visits are conducted using telephone conversations or video calls. [Did/Would] you have any of the following concerns about having part or all of your visit at [SERVICE DELIVERY SITE] being conducted in this way?

Select all that apply

☐ I don't have a phone or computer that can handle video calls.....1

☐ I don't have a private space to talk about my health or sexual history.....2

☐ I don't have a reliable internet connection.....3

☐ I would rather meet face-to-face with my provider.....4

☐ I don't have any of these concerns.....5

B4. Algunas visitas médicas son realizadas usando conversaciones por teléfono o videollamadas. ¿[Tuvo/Tendría] alguna de las siguientes inquietudes acerca de realizar una parte o toda su visita a [SERVICE DELIVERY SITE] de esta forma?

Seleccione todas las que apliquen

☐ No tengo un teléfono ni computadora que maneje videollamadas1

☐ No tengo un espacio privado para hablar acerca de mi salud o historia sexual.....2

☐ No tengo una conexión fiable a Internet.....3

☐ Prefiero reunirme cara a cara con mi proveedor.....4

☐ No tengo ninguna de estas inquietudes.....5

B5. [IF B4=4] Why do you prefer meeting face-to-face with your provider?

B5. [IF B4=4] ¿Por qué prefiere una cita cara-a-cara con su proveedor?

B6. [IF B2=2 (telehealth)] Was your wait for an appointment at [SERVICE DELIVERY SITE] shorter, longer or about the same time as when you schedule in-person appointments?

- ☐ Shorter.....1
- ☐ Longer.....2
- ☐ About the same.....3
- ☐ Unsure/first appointment.....4

B6. [IF B2=2 (telehealth)] ¿Fue la espera para una cita en [SERVICE DELIVERY SITE] más corta, más larga, o aproximadamente igual a cuando programa citas en persona?

- ☐ Más corta.....1
- ☐ Más larga.....2
- ☐ Aproximadamente igual.....3
- ☐ No estoy segura/primer a cita.....4

B7. Did you face any of the following difficulties in scheduling your healthcare visit at [SERVICE DELIVERY SITE]?

Select all that apply

- ☐ The [SERVICE DELIVERY SITE] hours were not convenient.....1
- ☐ It took a long time to get an appointment.....2
- ☐ My schedule made it difficult.....3
- ☐ It was hard to find a clinic that offered the services I need.....4
- ☐ It was hard to find a clinic that took my insurance.....5
- ☐ Other, please describe.....99

Specify

- ☐ None of the above.....0

B7. ¿Enfrentó alguna de las siguientes dificultades al programar la visita de cuidado de salud en [SERVICE DELIVERY SITE]?

Seleccione todas las que apliquen

- ☐ Los horarios de [SERVICE DELIVERY SITE] no eran convenientes.....1
- ☐ Llevó mucho tiempo conseguir una cita2
- ☐ Mis horarios lo dificultaron.....3
- ☐ Fue difícil encontrar una clínica que ofrecía los servicios que necesito.....4
- ☐ Fue difícil encontrar una clínica que aceptaba mi seguro.....5
- ☐ Otra (Especifique).....99

Especifique

- ☐ Ninguna de las anteriores.....0

B8. Did you face any of the following difficulties in getting to or at your healthcare visit at [SERVICE DELIVERY SITE]?

Select all that apply

- ☐ It was hard to get transportation to my appointment.....1
- ☐ It was hard to find enough money to pay for my visit.....2
- ☐ The space where the appointment was conducted did not feel private or confidential.....3
- ☐ [IF B2=2] I had difficulty with my internet connection.....4
- ☐ [IF B2=2] It was hard to navigate the virtual platform.....5
- ☐ [If B2=2] I had a difficult time accessing a private space for my telehealth appointment.....6
- ☐ Other, please describe.....99

Specify

- ☐ None of the above.....0

B8. ¿Enfrentó alguna de las siguientes dificultades para llegar o durante su visita de cuidado de salud en [SERVICE DELIVERY SITE]?

Seleccione todas las que apliquen

- ☐ Fue difícil conseguir transporte para llegar a mi cita.....1
- ☐ Fue difícil encontrar dinero suficiente para pagar por mi visita.....2
- ☐ El espacio en donde se realizó la cita no parecía privado o confidencial.....3
- ☐ [IF B2=2] Tuve dificultades con mi conexión a Internet.....4
- ☐ [IF B2=2] Fue difícil navegar por la plataforma virtual.....5
- ☐ [IF B2=2] Tuve dificultades para acceder a un espacio privado para mi cita de telesalud.....6
- ☐ Otra (Especifique).....99

Especifique

- ☐ Ninguna de las anteriores.....0

B9. At your visit at [SERVICE DELIVERY SITE], which services did you get?

Select all that apply

- ☐ A wellness exam (for example, well-person exam, check-up, annual exam).....1
- ☐ A Pap smear, breast exam, or other cancer screening.....2
- ☐ Discussion about your reproductive health goals.....3
- ☐ A pregnancy test.....4
- ☐ Information about your options regarding your pregnancy.....5
- ☒ Information about contraceptives/birth control.....6
- ☐ A method of contraceptive/birth control (either on site or through a prescription).....7
- ☒ Testing for sexually transmitted infections (for example, chlamydia, gonorrhea).8
- ☐ Treatment for sexually transmitted infections (for example, chlamydia, gonorrhea).....9
- ☐ Testing for HIV.....10
- ☐ Provision of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP).....11
- ☐ Referral for treatment for HIV.....12
- ☐ HPV Vaccination.....13
- ☐ Fertility services.....14
- ☐ Evaluation of discharge or irritation of the vagina.....15
- ☐ Other, please describe.....99

Specify

B9. En la visita en [SERVICE DELIVERY SITE], ¿qué servicios recibió?

Seleccione todas las que apliquen

- ☐ Un examen de bienestar (por ejemplo, examen de persona sana, chequeo, examen anual).....1
- ☐ Un papanicolaou, examen de mamas, u otra detección del cáncer.....2
- ☐ Conversación acerca de sus metas de salud reproductiva.....3
- ☐ Una prueba de embarazo.....4
- ☐ Información acerca de sus opciones con respecto a su embarazo.....5
- ☐ Información acerca de métodos anticonceptivos/control de natalidad.....6
- ☐ Un método anticonceptivo/de control de natalidad (ya sea en el mismo lugar o a través de una receta).....7
- ☐ Pruebas para infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, clamidia, gonorrea) 8
- ☐ Tratamiento para infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, clamidia, gonorrea).....9
- ☐ Pruebas para VIH.....10
- ☐ Provisión de profilaxis previa a la exposición de VIH (PrEP por sus siglas en inglés).....11
- ☐ Referencia para tratamiento para VIH.....12
- ☐ Vacunación contra VPH.....13
- ☐ Servicio de infertilidad.....14
- ☐ Evaluación de secreción o irritación de la vagina.....15
- ☐ Otro (Especifique).....99

Especifique

B10. Only ask if they had contraceptive services at visit: B9=7: Did you leave [SERVICE DELIVERY SITE] with the contraceptive method you wanted? This could include receiving the actual method or a prescription for the method.

- ☐ Yes.....1 Go to B12
- ☐ No.....0
- ☐ Not applicable.....N

B10. Only ask if they had contraceptive services at visit: B9= 7: ¿Salió de [SERVICE DELIVERY SITE] con el método anticonceptivo que quería? Esto podría incluir recibir el método en sí o una receta para el método.

- ☐ Sí.....1 Go to B12
- ☐ No.....0
- ☐ No aplica.....N

B11. Why didn't you leave [SERVICE DELIVERY SITE] with the contraceptive method you wanted?

Select all that apply

- ☐ It was too expensive.....1
- ☐ It was not available so I picked another method.....2
- ☐ I have to come back for a follow up appointment.....3
- ☐ My parent/guardian had concerns or didn't want me to use anything at all.....4
- ☐ My partner had concerns or didn't want me to use anything at all.....5
- ☐ The provider advised me against it.....6
- ☐ I was not ready to choose a method today.....7
- ☐ I did not like the methods available to me at the [SERVICE DELIVERY SITE]....8
- ☐ Other, please describe.....99

Specify

B11. ¿Por qué salió de [SERVICE DELIVERY SITE] sin el método anticonceptivo de su elección?

Seleccione todas las que apliquen

- ☐ Fue demasiado caro.....1
- ☐ No estaba disponible entonces elegí otro método.....2
- ☐ Tuve que volver para una cita de seguimiento.....3
- ☐ Mi padre/madre/guardián/guardiana tenía inquietudes o no quería que usara nada.....4
- ☐ Mi pareja tenía inquietudes o no quería que usara nada.....5
- ☐ El proveedor me lo desaconsejó.....6
- ☐ No estaba listo(a) para elegir un método hoy.....7
- ☐ No me gustaban los métodos a mi disposición en [SERVICE DELIVERY SITE].....8
- ☐ Otra razón (especifique).....99

Especifique

B12. [IF B9=7] Do you feel confident using the method prescribed to you today?

- ☐ Yes, very confident.....1
- ☐ Yes, somewhat confident.....2
- ☐ No, not at all confident.....0

B12. [IF B9=7] ¿Se siente seguro(a) usando el método que le fue recetado hoy?

- ☐ Sí, muy seguro(a).....1
- ☐ Sí, algo seguro(a).....2

☐ No, para nada seguro(a).....0

B13. During your visit today, did someone ask you about...

	Yes	No	Unsure
a. The positives and negatives of using your birth control method?	☐ 1	☐ 0	☐ d
b. How your partner or other important people in your life might react to your using birth control?	☐ 1	☐ 0	☐ d
c. How your birth control method fits with your lifestyle?	☐ 1	☐ 0	☐ d

B13. Durante su visita hoy, ¿le preguntó alguien sobre...

	Sí	No	No estoy seguro(a)
a. Los puntos positivos y negativos de usar su método de control de natalidad?	☐ 1	☐ 0	☐ d
b. Cómo su pareja u otras personas importantes en su vida pueden reaccionar a su uso de control de natalidad?	☐ 1	☐ 0	☐ d
c. Cómo su método de control de natalidad se adapta a su estilo de vida?	☐ 1	☐ 0	☐ d

B14. [B10=1] In addition to your contraceptive method] Did you get everything you wanted or needed from your visit at [SERVICE DELIVERY SITE]?

- ☐ Yes.....1
- ☐ No.....0

B14. [B10=1] Además de su método anticonceptivo] ¿Obtuvo todo lo que quería o necesitaba de la visita a [SERVICE DELIVERY SITE]?

- ☐ Sí.....1
- ☐ No.....0

B15. [B14=0] What did you want or need at your visit at [SERVICE DELIVERY SITE] that you did not get?

B15. [B14=0] ¿Qué quería o necesitaba en su visita a [SERVICE DELIVERY SITE] que no obtuvo?

B16. Overall, how satisfied are you with your visit to the [SERVICE DELIVERY SITE]?

- ☐ Completely unsatisfied.....1
- ☐ Very unsatisfied.....2
- ☐ Somewhat unsatisfied.....3
- ☐ Somewhat satisfied.....4
- ☐ Very satisfied.....5
- ☐ Completely satisfied.....6

B16. En general, ¿qué tan satisfecho(a) está con su visita a [SERVICE DELIVERY SITE]?

- ☐ Completamente insatisfecho(a).....1
- ☐ Muy insatisfecho(a).....2
- ☐ Algo insatisfecho(a).....3
- ☐ Algo satisfecho(a).....4
- ☐ Muy satisfecho(a).....5
- ☐ Completamente satisfecho(a).....6

B17. How likely are you to recommend [SERVICE DELIVERY SITE] to someone who needs similar services to those you received?

- ☐ Very likely.....1
- ☐ Somewhat likely.....2
- ☐ Neither likely or unlikely.....3
- ☐ Somewhat unlikely.....4
- ☐ Very unlikely.....5

B17. ¿Qué tan probable es que recomiende [SERVICE DELIVERY SITE] a alguien que necesite servicios parecidos a los que recibió?

- ☐ Muy probable.....1
- ☐ Algo probable.....2
- ☐ Ni probable ni improbable.....3
- ☐ Algo improbable.....4
- ☐ Muy improbable.....5

Section C: Experience with health care provider: The next questions ask about your experience with the health care provider you met with.

Sección C: Experiencia con proveedor de cuidado de salud: Las próximas preguntas son acerca de su experiencia con el proveedor de cuidado de salud con quien se reunió.

C1. [ONLY ASK IF RECEIVED BC SERVICES (B9=6 or 7)] How do you think your health care provider did?

	Poor	Fair	Good	Very good	Excellent
a. Respecting me as a person	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b. Letting me say what mattered to me about my birth control method	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c. Taking my preferences about my birth control seriously	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
d. Giving me enough information to make the best decision about my birth control method	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

C1. [ONLY ASK IF RECEIVED BC SERVICES (B9=6 or 7)] En su opinión, ¿qué tan bien hizo su proveedor de salud?

	Mal	Regular	Bien	Muy bien	Excelente
a. Respetándome como persona	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b. Dejándome decir lo que me importaba sobre mi método anticonceptivo	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c. Tomando en serio mis preferencias sobre mi método anticonceptivo	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
d. Dándome información suficiente para tomar la mejor decisión sobre mi método anticonceptivo	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

C2. Did you have any experiences with staff at [SERVICE DELIVERY SITE] that made you feel uncomfortable due to any of the following...?

Select all that apply

- ☐ Your race or ethnicity.....1
- ☐ The language you speak most fluently.....2
- ☐ Your income or insurance.....3
- ☐ Your age.....4
- ☐ Your gender.....5
- ☐ How many sexual partners you have had.....6
- ☐ Your relationship status.....7
- ☐ Who you have sex with.....8
- ☐ A disability you have.....9
- ☐ Your mental health.....10
- ☐ Your physical appearance.....11
- ☐ Your size.....12
- ☐ Something else: Please describe.....99
- ☐ None of the above.....0 Go to D1

C2. ¿Tuvo alguna experiencia con el personal en [SERVICE DELIVERY SITE] que le incomodó debido a alguna de las siguientes?

Seleccione todas las que apliquen

- ☐ Su raza o etnia.....1
- ☐ El idioma que habla más fluidamente.....2
- ☐ Sus ingresos o seguro médico.....3
- ☐ Su edad.....4
- ☐ Su género.....5
- ☐ El número de parejas sexuales que ha tenido.....6
- ☐ Su situación romántica.....7
- ☐ Las personas con quienes tiene sexo.....8
- ☐ Una incapacidad que tiene.....9
- ☐ Su salud mental.....10
- ☐ Su apariencia física.....11
- ☐ Su tamaño.....12
- ☐ Otra cosa: Por favor describa.....99

☐ Ninguna de las anteriores.....0 Go to D1

C3. [If any selected characteristics in C2] Did your experience(s) noted above with staff at [SERVICE DELIVERY SITE] lead to any of the following...?

Select all that apply

- ☐ I didn't ask some questions I had about my medical options.....1
- ☐ I didn't share specific information about myself or my medical or sexual history.....2
- ☐ I tried to end my appointment quickly so I could avoid that treatment.....3
- ☐ I didn't get the medical help or treatment I wanted or needed.....4
- ☐ Other, please describe.....99
-
- ☐ None of the above.....0

C3. [If any selected characteristics in C2] ¿Llevó o llevaron la experiencia(s) con el personal en [SERVICE DELIVERY SITE] que mencionó arriba a alguno de los siguientes?

Seleccione todas las que apliquen

- ☐ No hice algunas preguntas que tenía sobre mis opciones médicas.....1
- ☐ No compartí información específica sobre mí mismo(a) o mi historia médica o sexual.....2
- ☐ Intenté terminar rápidamente la cita para poder evitar ese tratamiento.....3
- ☐ No obtuve la ayuda médica o tratamiento que quería o necesitaba.....4
- ☐ Otro (por favor especifique).....99
-
- ☐ Ninguno de los anteriores.....0

Section D: Language Accessibility and Health Literacy

Sección D: Accesibilidad lingüística y alfabetización en salud

The next questions ask about how you prefer to receive medical services.

Las siguientes preguntas son acerca de cómo prefiere recibir servicios médicos.

D1. What language are you most comfortable speaking?

- ☐ English..... 1 Go to D5
- ☐ Spanish..... 2
- ☐ Chinese..... 3
- ☐ French..... 4
- ☐ Tagalog, Filipino..... 5
- ☐ Vietnamese..... 6
- ☐ German..... 7
- ☐ Korean..... 8
- ☐ Russian..... 9
- ☐ Hindi Urdu..... 10
- ☐ Arabic..... 11
- ☐ Other (specify)..... 99

D1. ¿En qué idioma se siente más cómodo(a) hablando?

- ☐ Inglés..... 1 Go to D5
- ☐ Español..... 2
- ☐ Chino..... 3
- ☐ Francés..... 4
- ☐ Tagalo, filipino..... 5
- ☐ Vietnamita..... 6
- ☐ Alemán..... 7
- ☐ Coreano..... 8
- ☐ Ruso..... 9
- ☐ Hindi, urdu..... 10
- ☐ Árabe..... 11
- ☐ Otro (especifique)..... 99

D2. Which of the following best describes how you communicated with the provider at [SERVICE DELIVERY SITE]?

- ☐ The provider spoke to me in a language I am comfortable speaking.....1
- ☐ A staff person at the [SERVICE DELIVERY SITE] interpreted for me.....2
- ☐ An interpreter service was used.....3
- ☐ A person I brought to the [SERVICE DELIVERY SITE] helped interpret for me
.....4
- ☐ I was unable to communicate with my provider successfully at [SERVICE
DELIVERY SITE]
.....5
- ☐ Something else (Please describe).....99

D2. ¿Cuál de los siguientes describe mejor cómo se comunicó con el proveedor en [SERVICE DELIVERY SITE]?

- ☐ El proveedor me habló en un idioma en que me siento cómodo(a)
hablando.....1
- ☐ Un miembro del personal en [SERVICE DELIVERY SITE] interpretó para mí.....2
- ☐ Se utilizó un servicio de interpretación.....3
- ☐ Una persona que llevé a [SERVICE DELIVERY SITE] ayudó a interpretar
para mí.....4
- ☐ No pude comunicarme exitosamente con mi proveedor en [SERVICE
DELIVERY SITE].....5
- ☐ Otra cosa (Por favor describa).....99

D3. IF D2=2, 3 or 4] How much do you agree or disagree with the following around your use of interpretation services at your visit:

	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
a. I was satisfied with the interpretation option I used	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b. I was comfortable with the interpretation option I used.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c. The interpretation option I used made my appointment better.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

D3. IF [D2=2, 3 or 4] ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con los siguientes en relación a su utilización de servicios de interpretación en su visita?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. Me sentí satisfecho(a) con la opción de interpretación que utilicé.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b. Me sentí cómodo(a) con la opción de interpretación que utilicé.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c. La opción de interpretación que utilicé mejoró mi cita.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

D4. [IF D2=6] Why were you unable to communicate successfully with your provider at [SERVICE DELIVERY SITE]?

D4. [IF D2=6] ¿Por qué no pudo comunicarse exitosamente con su proveedor en [SERVICE DELIVERY SITE]?

D5. Were you given any materials or documents, printed or online, at your [SERVICE DELIVERY SITE] visit?

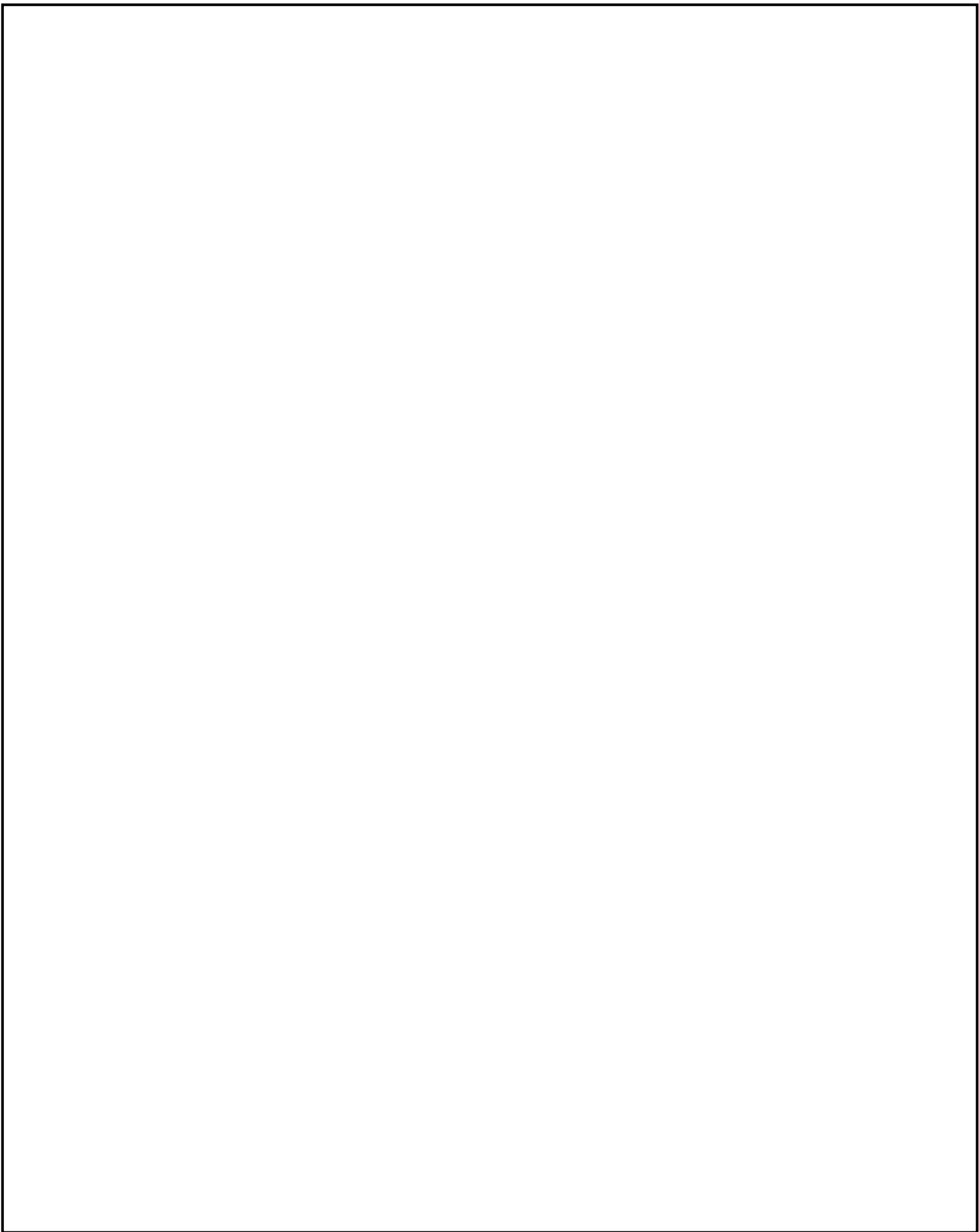
This could include information about birth control methods, prevention and treatment of sexually transmitted diseases or your annual wellness exam.

- ☐ Yes.....1
- ☐ No.....0 Go to D7

D5. ¿Le dieron algún material o documento, impreso o en línea, en su visita a [SERVICE DELIVERY SITE]?

Esto podría incluir información acerca de métodos de control de natalidad, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual o su examen de bienestar anual.

- ☐ Sí.....1
- ☐ No.....0 Go to D7
-



D6. Were the materials you received today written in [FILL LANGUAGE FROM D1]?

- ☐ Yes.....1
- ☐ No.....0

D6. ¿Estaban los materiales que recibió hoy escritos en [FILL LANGUAGE FROM E1]?

- ☐ Sí.....1
- ☐ No.....0

D7. How often do you have someone (like a family member, friend, hospital/ clinic worker or caregiver) help you read health center materials or materials from [SERVICE DELIVERY SITE]?

- ☐ All of the time.....1
- ☐ Most of the time.....2
- ☐ Some of the time.....3
- ☐ A little of the time.....4
- ☐ None of the time.....0

D7. ¿Con qué frecuencia tiene a alguien (como un familiar, amigo, trabajador del hospital/ de la clínica o cuidador) para ayudarlo a leer materiales del centro médico o materiales de [SERVICE DELIVERY SITE]?

- ☐ Todo el tiempo.....1
- ☐ La mayor parte del tiempo.....2
- ☐ Parte del tiempo.....3
- ☐ Un poco del tiempo.....4
- ☐ Nunca.....0

Section E: Demographics

Sección E: Demografía

The last few questions ask about any other feedback you may have about your visit at [SERVICE DELIVERY SITE] and your background characteristics. Again, all your answers will be kept private.

Las últimas pocas preguntas son acerca de cualquier otro comentario que pueda tener sobre su visita a [SERVICE DELIVERY SITE] y sus antecedentes. Nuevamente, todas sus respuestas se mantendrán privadas.

E1. Please use the space below to share anything else about your experience at [SERVICE DELIVERY SITE].

E1. Por favor use el espacio a continuación para compartir algo más sobre su experiencia en [SERVICE DELIVERY SITE].

E2. What type of health insurance, if any, do you have?

- ☐ Private health insurance (For example, from an employer, parents, or spouse)1
- ☐ Public health insurance (for example, Medicaid, Medicare, [SITE SPECIFIC LOCAL MCOs], VA, or CHIP).....2
- ☐ Not sure.....3
- ☐ No health insurance.....4
- ☐ Other.....5

E2. ¿Qué tipo de seguro médico tiene, si es que tiene?

- ☐ Seguro médico privado (Por ejemplo, de un empleador, padres, o cónyuge).....1
- ☐ Seguro médico público (por ejemplo, Medicaid, Medicare, [SITE SPECIFIC LOCAL MCOs], VA o CHIP).....2
- ☐ No estoy seguro(a).....3
- ☐ Sin seguro médico.....4

☐ Otro..... 5

E3. How old are you?

- ☐ 18-24..... 1
- ☐ 25-34..... 2
- ☐ 35-44..... 3
- ☐ 45 and older..... 4

E3. ¿Cuántos años tiene?

- ☐ 18-24..... 1
- ☐ 25-34..... 2
- ☐ 35-44..... 3
- ☐ 45 o más..... 4

E4. What is the highest level of education you have completed?

- ☐ Less than high school..... 1
- ☐ Some high school..... 2
- ☐ High school diploma or equivalent..... 3
- ☐ Postsecondary vocational or technical training..... 4
- ☐ Some college, no degree..... 5
- ☐ Associate's degree..... 6
- ☐ Bachelor's degree..... 7
- ☐ Master's degree..... 8
- ☐ Doctorate or other professional degree..... 9

E4. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- ☐ Menos de escuela secundaria..... 1
- ☐ Algo de escuela secundaria..... 2
- ☐ Diploma de escuela secundaria o su equivalente..... 3
- ☐ Formación vocacional o técnica postsecundaria..... 4
- ☐ Algo de universidad, sin título..... 5
- ☐ Título de asociado..... 6
- ☐ Licenciatura..... 7
- ☐ Maestría..... 8
- ☐ Doctorado u otro título profesional..... 9

E5. What is your current relationship status?

- ☐ Married or in a domestic partnership.....1
- ☐ Engaged.....2
- ☐ Single.....3
- ☐ In a relationship and living together.....4
- ☐ In a relationship and not living together.....5
- ☐ In a complicated or inconsistent relationship.....6
- ☐ Other relationship status (Specify).....99

Specify

E5. ¿Cuál es su situación romántica actual?

- ☐ Casado(a) o en una pareja doméstica.....1
- ☐ Comprometido(a)2
- ☐ Soltero(a).....3
- ☐ En una relación y viviendo juntos.....4
- ☐ En una relación y no viviendo juntos.....5
- ☐ En una relación complicada o relación inconsistente.....6
- ☐ Otra situación romántica (Especifique).....99

Especifique

E6. What sex were you assigned at birth, on your original birth certificate?

- ☐ Female.....1
- ☐ Male.....2
- ☐ Don't know.....3
- ☐ Prefer not to answer.....4

E6. ¿Qué sexo le fue asignado al nacer, en su certificado de nacimiento original?

- ☐ Femenino.....1
- ☐ Masculino.....2
- ☐ No sé.....3
- ☐ Prefiero no responder.....4

E7. What is your current gender?

- ☐ Female.....1
- ☐ Male.....2
- ☐ Transgender.....3
- ☐ I use a different term :[free text].....4
- ☐ Don't know/not sure.....5
- ☐ Prefer not to say.....6

E7. ¿Cuál es su género actual?

- ☐ Femenino.....1
- ☐ Masculino.....2
- ☐ Transgénero.....3
- ☐ Uso otro término: [free text].....4
- ☐ No sé/no estoy seguro(a).....5
- ☐ Prefiero no decir.....6

E8. Are you Hispanic or Latino?

- ☐ Yes.....1
- ☐ No.....0 Go to E10

E8. ¿Es usted hispano(a) o latino(a)?

- ☐ Sí.....1
- ☐ No.....0 Go to E10

E9. [IF E8 = 1] Which of the following best describes you?

Select all that apply

- ☐ Mexican.....1
- ☐ Puerto Rican.....2
- ☐ Cuban.....3
- ☐ South or Central American.....4
- ☐ Of another Spanish culture or origin.....5

E9. [IF E8 = 1] ¿Cuál de las siguientes le describe mejor?

Seleccione todas las que apliquen

- ☐ Mexicano(a).....1
- ☐ Puertorriqueño(a).....2
- ☐ Cubano(a).....3
- ☐ Sudamericano(a) o centroamericano(a).....4
- ☐ De otra cultura u origen español.....5

E10. Which of the following best describes you?

Select all that apply

- ☐ American Indian or Alaska Native.....1
- ☐ Asian.....2
- ☐ Black or African American.....3
- ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander.....4
- ☐ White.....5
- ☐ Prefer not to say6

E10. ¿Cuál de las siguientes le describe mejor?

Seleccione todas las que apliquen

- ☐ Indígena de las Américas o nativo(a) de Alaska.....1
- ☐ Asiático(a).....2
- ☐ Negro(a) o afroamericano(a).....3
- ☐ Nativo(a) de Hawái o de otras islas del Pacífico.....4
- ☐ Blanco(a).....5
- ☐ Prefiero no decir.....6

Email.

Those are all the survey questions. Thank you for your time in completing the survey! Please enter your email below to receive your \$10 gift card. We will only use this to send you the gift card, and not for any other purpose.

Correo electrónico.

Esas son todas las preguntas de encuesta. ¡Gracias por su tiempo completando la encuesta! Por favor ingrese su correo electrónico a continuación para recibir su tarjeta de regalo de \$10. Solamente usaremos esto para enviarle la tarjeta de regalo, y no para ningún otro propósito.