

Form Approved
OMB No. 0920-New
Expiration Date: XX/XX/XXXX

TRANSCEND: Transgender Status-neutral Community-to-clinic Models to End the
HIV Epidemic

Attachment 3b
Client Satisfaction Survey
Translations in Spanish and Haitian Creole

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 15 minutes per response for each client, 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 currently valid OMB control 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, Georgia 30333; Attn: OMB-PRA (0920-New)

<Clinic Name's> TRANSCEND Satisfaction Client Survey

In order to improve our services to better meet the needs of our patients, <Clinic Name> would like to learn more about your experience receiving services here. This survey is confidential, and your responses will not be traced back to you. Your participation is voluntary and will not impact the care you receive today.

If you choose to participate, you will receive a \$40 gift card for completing the survey. Please take your time to provide us with the most accurate assessment of your experience. You can choose not to answer a question or respond to an item if you would prefer not to. Thank you for your time and participation!

To track how we are doing, please fill in the date you took this survey: Month ___ Day ___ Year

Are you a new patient at <Clinic name>? ___ Yes ___ No

[If an existing patient] How long have you been accessing services at <Clinic Name>?

How did you hear about <Clinic Name's> transgender health services? (check all that apply)

___ Social Media: ___ Facebook ___ Twitter ___ Instagram

___ Referral:

In-Clinic- ___ Provider ___ TRANSCEND Staff ___ MyChart

In the Community- ___ Other Organization

___ Print Media:

___ Poster ___ Flyer ___ Palm Card

___ Outreach Event (e.g., Mobile Health Initiative, Pride Celebration, Trans Day of Action, Trans Awareness Week, Trans Day of Visibility)-

In-Clinic- ___ Please Specify: _____

In the Community- ___ Please Specify: _____

___ Other Media:

___ Billboard ___ Clinic Television ___ Clinic Website ___ Google/Search Engine

___ Email

___ Word of Mouth (i.e., heard from a friend, partner, etc.)

___ Other: _____

Were you referred by another organization to <Clinic Name's> for transgender health services?
If so, by which organization? _____

What is the usual or primary language that you speak? English Spanish Haitian
Creole Another language (Please Specify: _____)

What is your age?
 15-19 yrs. 20-24 yrs. 25-29 yrs. 30-39 yrs. 40-49 yrs. 50-59 yrs. ≥60
yrs.

What is your race (check all that apply)?
 African American or Black White
 American Indian or Alaska Native Other (Please specify: _____)
 Asian Prefer not to answer
 Native Hawaiian or Pacific Islander

What is your ethnicity?
 Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Prefer not to answer

What is your gender (check all that apply)?
 Male Female Transgender Man/Male Transgender woman/female
 Non-binary/genderqueer Another gender (Please specify: _____)
 Prefer not to answer

What sex were you assigned at birth?
 Male Female Not known Prefer not to answer

Do you currently have health insurance? Yes No I don't know

This next section asks specifically about your experience with our providers at <Clinic Name>. By “providers,” we are referring to doctors, nurse practitioners, physician assistants, therapists, and other healthcare professionals that provide your care and treatment.

Thinking back on your most recent clinic visit at <Clinic Name>, please circle the best option that reflects your response to each item below.

Strongly Disagree = 1 Disagree = 2 Neutral = 3 Agree = 4 Strongly Agree = 5 N/A = not applicable

<i>I feel that my providers were welcoming and friendly.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel that my providers respected my gender identity and pronouns during my visit.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel comfortable speaking with my providers about my gender identity and gender affirming care goals (such as hormones)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel that my providers are knowledgeable and competent about trans-specific issues.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel comfortable speaking with my providers about HIV prevention for myself or my partner(s).</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel comfortable speaking with my providers about HIV care.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel comfortable speaking with my providers about my sexual health.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel comfortable speaking with my providers about my mental and/or behavioral health.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel that my providers understand my healthcare needs.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>My providers explained medical tests and results in a way that was easy to understand.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>My providers addressed all of my questions about my health.</i>	1	2	3	4	5	N/A

Please use this space to provide any additional feedback on your experience with our providers. No identifying information written here will be directly shared with staff and will not impact your care at <Clinic Name>.

This next section asks specifically about your experience with our clinic staff at <Clinic Name>. By “clinic staff,” we are referring to all other staff that work in the clinic including nurses, pharmacists, community health workers, case managers, front desk staff, and call center staff.

Thinking back on your most recent clinic visit at <Clinic Name>, please circle the best option that reflects your response to each item below.

Strongly Disagree = 1 Disagree = 2 Neutral = 3 Agree = 4 Strongly Agree = 5 N/A = not applicable

<i>I feel that clinic staff were welcoming and friendly.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel that clinic staff respected my gender identity and pronouns during my visit.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel comfortable speaking with clinic staff about my gender identity and gender affirming care goals (such as hormones).</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel that clinic staff are knowledgeable and competent about trans-specific issues.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel comfortable speaking with clinic staff about HIV prevention for myself or my partner(s).</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel comfortable speaking with clinic staff about HIV care.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel comfortable speaking with clinic staff about my sexual health.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I feel comfortable speaking with clinic staff about my mental and/or behavioral health.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Clinic staff addressed all of my questions related to my visit.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Clinic staff were helpful.</i>	1	2	3	4	5	N/A

Please use this space to provide any additional feedback on your experience with our clinic staff. No identifying information written here will be directly shared with staff and will not impact your care at <Clinic Name>.

Using the scale below, please let us know how satisfied you are with the services you received at <Clinic Name> at your most recent clinic visit. If you did not receive a service, circle N/A (not applicable).

Very Dissatisfied=1 Dissatisfied=2 Neutral= 3 Satisfied=4 Very Satisfied =5

	1	2	3	4	5	N/A
<i>Sexually Transmitted Infection (STI) Testing</i>						
<i>HIV Testing</i>						
<i>HIV Pre-exposure Prophylaxis (PrEP)</i>						
<i>HIV Post-exposure Prophylaxis (nPEP)</i>						
<i>HIV Treatment (ARV prescriptions)</i>						

<i>Other Care Services (i.e., Case Management)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Gender Affirming Hormone Therapy</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Referrals to Other Gender Affirming Care (i.e., gender-affirming surgeries or procedures)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Community Health Worker, Care Coordinator, or Care Navigator</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Pharmacy Services</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mental Health or Behavioral Health Services</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Substance Use Services</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Health Insurance Enrollment</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Transportation Support</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Housing Support (or Referral for these services)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Employment Support (or Referral for this service)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Food Support (or Referral for this service)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Legal Support (or Referral for this service)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Dental Services (or Referral for this service)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Overall Clinic Visit</i>	1	2	3	4	5	N/A

Please use this space to provide any additional feedback on clinic services at <Clinic Name>. No identifying information written here will be directly shared with staff and will not impact your care at <Clinic Name>.

This section asks about other aspects of receiving care at <Clinic name>. Thinking back on your most recent clinic visit at <Clinic Name>, please select the best option that reflects your response to each item below.

Strongly Disagree = 1 Disagree = 2 Neutral = 3 Agree = 4 Strongly Agree = 5 Not Applicable=N/A

<i>I was able to make my appointment easily.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I had a good experience with other organizations that referred me to <Clinic Name>.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>I had a good experience with other organizations that <Clinic Name> referred me to.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>The waiting time in our clinic was acceptable.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>The medication I was prescribed was made available to me.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>The charges associated with my clinic visit were affordable.</i>	1	2	3	4	5	N/A

I have experienced the following barriers in accessing healthcare at <Clinic name>: (check all that apply)

- Transportation
- Cost/insurance coverage
- Schedule Availability
- Conflicting Priorities
- School/Work/Family Demands
- Other (Please specify: _____)

Please use the space below to tell us more about what we are doing well.

Please use the space below to tell us more about how we can improve.

Thank you for your participation in this survey!

Spanish Translation

Encuesta de TRANSCEND sobre satisfacción del cliente de <Nombre del centro médico>

Para poder mejorar nuestros servicios y para satisfacer mejor las necesidades de nuestros pacientes, en <Nombre del centro médico> nos gustaría saber más sobre su experiencia al recibir servicios aquí. Esta encuesta es confidencial y sus respuestas no se vincularán a usted. Su participación es voluntaria y no afectará la atención que reciba hoy.

Si elige participar, recibirá una tarjeta de regalo de 40 dólares por completar la encuesta. Tómese su tiempo para brindarnos la evaluación más precisa sobre su experiencia. Puede decidir no contestar una pregunta o una parte si prefiere no hacerlo. ¡Gracias por su tiempo y participación!

Para hacer seguimiento a cómo lo estamos haciendo, indique la fecha en la que completó esta encuesta: Mes ___ Día ___ Año _____

¿Es usted paciente nuevo en <Nombre del centro médico>? ___ Sí ___ No

[Si ya es paciente] ¿Por cuánto tiempo ha estado accediendo a los servicios en <Nombre del centro médico>? _____

¿Cómo se enteró de los servicios de salud para personas transgénero de <Nombre del centro médico>? (Marque todo lo que corresponda).

___ Redes sociales: ___ Facebook ___ Twitter ___ Instagram

___ Referencia:

En el centro médico ___ Proveedor ___ Personal de TRANSCEND ___ MyChart

En la comunidad ___ Otra organización

___ Medios impresos:

___ Afiche ___ Volante ___ Tarjeta

___ **Evento de alcance** (p. ej., Iniciativa móvil de salud, Celebración del Orgullo, Día de Acción Trans, Semana de Concientización Trans, Día de la Visibilidad Trans)

En el centro médico ___ Especifique: _____

En la comunidad ___ Especifique: _____

___ Otros medios:

___ Campaña ___ Televisión del centro médico ___ Sitio web del centro médico

___ Google/Motor de búsqueda ___ Correo electrónico

De boca en boca (es decir, lo oyó de un amigo, pareja, etc.)

Otro: _____

¿Fue referido/a a <Nombre del centro médico> por otra organización para obtener servicios de salud para personas transgénero? De ser así, ¿qué organización? _____

¿Cuál es su idioma principal o el que habla habitualmente? Inglés Español Creole haitiano Otro idioma (especifique:_____)

¿Qué edad tiene?

15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60 años o más

¿Cuál es su raza? (marque todo lo que corresponda)

Raza negra o afroamericana Blanca
 Indígena de los EE. UU. o nativa de Alaska Otra (especifique:_____)
 Asiática Prefiere no contestar
 Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico

¿Cuál es su grupo étnico?

Hispano o latino No hispano o latino Prefiere no contestar

¿Cuál es su género? (marque todo lo que corresponda)

Masculino Femenino
 Hombre transgénero/masculino Mujer transgénero/femenino
 No binario/género queer Otro género (especifique:_____)
 Prefiere no contestar

¿Qué sexo le asignaron al nacer?

Masculino Femenino No sabe Prefiere no contestar

¿Tiene seguro médico actualmente? Sí No No sabe

La siguiente sección se refiere específicamente a su experiencia con nuestros proveedores de salud medica en <Nombre del centro médico>. Por “proveedores” nos referimos a los médicos, profesionales de enfermería superior (*nurse practitioner*, NP), asociados médicos, terapeutas y otros profesionales de atención médica que le brindan cuidados y tratamiento.

Si piensa en su visita más reciente a <Nombre del centro médico>, encierre en un círculo la opción que refleje mejor su respuesta a cada una de las siguientes afirmaciones.

Completamente en desacuerdo = 1 En desacuerdo = 2 Neutral = 3 De acuerdo = 4 Completamente de acuerdo = 5 N/A = no corresponde

<i>Creo que mis proveedores fueron amables y amigables.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Creo que mis proveedores respetaron mi identidad de género y mis pronombres durante mi visita.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Me siento cómodo/a hablando con mis proveedores sobre mi identidad de género y mis metas de atención relacionada con la afirmación de género (como las hormonas).</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Creo que mis proveedores son competentes y están bien informados sobre los asuntos específicos de las personas transgénero.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Me siento cómodo/a al hablar con mis proveedores sobre la prevención del VIH para mí o mi(s) pareja(s).</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Me siento cómodo/a al hablar con mis proveedores sobre la atención para el VIH.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Me siento cómodo/a al hablar con mis proveedores sobre mi salud sexual.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Me siento cómodo/a al hablar con mis proveedores sobre mi salud mental o del comportamiento.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Creo que mis proveedores entienden mis necesidades de atención médica.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mis proveedores me explicaron las pruebas médicas y los resultados de una manera que fue fácil de entender.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mis proveedores atendieron todas mis preguntas sobre mi salud.</i>	1	2	3	4	5	N/A

Use este espacio para compartir comentarios adicionales sobre su experiencia con sus proveedores. Ninguna información de identificación personal incluida aquí será compartida directamente con el personal y no afectará su atención en <Nombre del centro médico>.

La siguiente sección se refiere específicamente a su experiencia con nuestro personal en <Nombre del centro médico>. Por “personal” nos referimos al resto del personal que trabaja en el centro médico, como personal de enfermería, farmacéuticos, trabajadores comunitarios de la salud, administradores de casos, recepcionistas y personal del centro de llamadas.

Si piensa en su visita más reciente a <Nombre del centro médico>, encierre en un círculo la opción que refleje mejor su respuesta a cada una de las siguientes afirmaciones.

Completamente en desacuerdo = 1 En desacuerdo = 2 Neutral = 3 De acuerdo = 4 Completamente de acuerdo = 5 N/A = no corresponde

<i>Creo que el personal del centro médico fue amable y amigable.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Creo que personal del centro médico respetó mi identidad de género y mis pronombres durante mi visita.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Me siento cómodo/a hablando con el personal del centro médico sobre mi identidad de género y mis metas de atención relacionada con la afirmación de género (como las hormonas).</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Creo que el personal del centro médico es competente y está bien informado sobre los asuntos específicos de las personas transgénero.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Me siento cómodo/a al hablar con el personal del centro médico sobre la prevención del VIH para mí o mi(s) pareja(s).</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Me siento cómodo/a al hablar con el personal del centro médico sobre la atención para el VIH.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Me siento cómodo/a al hablar con el personal del centro médico sobre mi salud sexual.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Me siento cómodo/a al hablar con el personal del centro médico sobre mi salud mental o del comportamiento.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>El personal del centro médico atendió todas mis preguntas relacionadas con mi visita.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>El personal del centro médico fue servicial.</i>	1	2	3	4	5	N/A

Use este espacio para compartir comentarios adicionales sobre su experiencia con el personal de nuestro centro médico. Ninguna información de identificación personal incluida aquí será

compartida directamente con el personal y no afectará su atención en <Nombre del centro médico>.

Usando la escala a continuación, díganos qué tan satisfecho/a está con los servicios que recibió en <Nombre del centro médico> en su visita más reciente al centro médico. Si no recibió ningún servicio, encierre en un círculo N/A (no corresponde).

Muy insatisfecho = 1 Insatisfecho = 2 Neutral = 3 Satisfecho = 4 Muy satisfecho = 5

<i>Pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Prueba del VIH</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Profilaxis preexposición (PrEP) para el VIH</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Profilaxis posexposición (nPEP) para el VIH</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Tratamiento del VIH (recetas para terapia antirretroviral, ARV)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Otros servicios de atención (es decir, administración de caso)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Terapia hormonal de afirmación de género</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Referencias a otra atención relacionada con la afirmación de género (es decir, cirugía o procedimientos de afirmación de género)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Ayuda del trabajador comunitario de la salud, coordinador de los cuidados o guía de la atención</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Servicios de farmacia</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Servicios de salud mental o del comportamiento</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Servicios de ayuda en caso de uso de sustancias</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Inscripción en seguro médico</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Ayuda con el transporte</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Asistencia de vivienda (o referencias para este servicio)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Asistencia de empleo (o referencias para este servicio)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Ayuda de alimentos (o referencias para este servicio)</i>	1	2	3	4	5	N/A

<i>Asistencia legal (o referencias para este servicio)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Servicios dentales (o referencias para este servicio)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Visita al centro médico en general</i>	1	2	3	4	5	N/A

Use este espacio para compartir comentarios adicionales sobre su experiencia con los servicios en <Nombre del centro médico>. Ninguna información de identificación personal incluida aquí será compartida directamente con el personal y no afectará su atención en <Nombre del centro médico>.

Las preguntas de esta sección son sobre otros aspectos de su experiencia al recibir atención en <Nombre del centro médico>. Si piensa en su visita más reciente a <Nombre del centro médico>, seleccione la opción que refleje mejor su respuesta a cada una de las siguientes afirmaciones. Completamente en desacuerdo = 1 En desacuerdo = 2 Neutral = 3 De acuerdo = 4 Completamente de acuerdo = 5 No corresponde = N/A

<i>Fue fácil pedir una cita.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Tuve una buena experiencia con otras organizaciones que me refirieron a <Nombre del centro médico>.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Tuve una buena experiencia con otras organizaciones a las que <Nombre del centro médico> me refirió.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>El tiempo de espera en nuestro centro médico fue aceptable.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>El medicamento que me recetaron estaba disponible para mí.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Pude pagar los costos asociados con mi visita al centro médico.</i>	1	2	3	4	5	N/A

He tenido los siguientes obstáculos para acceder a la atención médica en <Nombre del centro médico>: (Marque todo lo que corresponda).

- Transporte
- Costo/cobertura del seguro médico
- Disponibilidad de horario
- Conflicto de prioridades
- Exigencias de estudios/trabajo/familia
- Otro (especifique: _____)

Use el espacio de abajo para hablarnos más sobre lo que estamos haciendo bien.

Use el espacio de abajo para hablarnos más sobre cómo podemos mejorar.

¡Gracias por participar en esta encuesta!

Haitian Creole Translation

Sondaj sou Satisfaksyon Kliyan <Clinic Name's> TRANSCEND

Pou nou kapab amelyore sèvis nou yo pou pi byen satisfè bezwen pasyan nou yo, <Clinic Name> ta renmen konnen plis enfòmasyon sou eksperyans ou nan resevwa sèvis isit la. Sondaj sa a konfidansyèl, epi repons ou bay yo p ap pèmèt nou idantifye ou. Ou patisipe nan sondaj la sèlman si ou vle epi desizyon ou p ap gen konsekans sou swen w ap resevwa jodi a.

Si ou chwazi pou patisipe, w ap resevwa yon chèk-kado \$40 poutèt ou reponn kesyonè sondaj la. Tanpri pran tan ou pou ba nou evalyasyon ki pi egzak la pou eksperyans ou. Ou kapab chwazi pou pa reponn yon kesyon oswa pou pa reponn yon pati nan kesyon an si ou pa vle. Mèsi pou tan ou ak patisipasyon ou !

Pou swiv fason nou fè bagay yo, tanpri mete dat ou te pran sondaj sa a : Mwa ___ Jou ___ Ane ___

Èske ou se yon nouvo pasyan nan <Clinic name> ? ___Wi ___Non

[Si ou se yon pasyan deja] Depi konbyen tan w ap resevwa sèvis nan <Clinic Name> ?

Kijan ou te vin okouran sèvis sante nan <Clinic Name's> pou moun ki chanje sèks ? (tcheke tout sa ki konsène ou)

___Medya Sosyal : ___Facebook ___Twitter ___Instagram

___Referans :

___*Nan Klinik la-* ___ Pwofesyonèl Swen Sante ___Anplwaye TRANSCEND ___MyChart

___*Nan Kominote a* ___ Lòt. Òganizasyon

___Medya Ekri:

___Afich ___Depliyon ___Kat Plamen

___**Evènman pou Sansibilizasyon** (egzanp, Mobile Health Initiative, Selebrasyon Fyète, Jounen Aksyon pou Moun ki Chanje Sèks, Semèn Sansibilizasyon konsènan Moun ki Chanje Sèks, Jounen Viziblité pou Moun ki Chanje Sèks)-

___*Nan Klinik-* ___ Tanpri Endike: _____

___*Nan kominote a-* ___ Tanpri Endike: _____

___Lòt Medya:

___Pano ___Televizyon Klinik ___Sitwèb Klinik ___Google/Motè Rechèch

___ Imèl

___ Pawòl nan Bouch (sètadi, ou te tande yon zanmi, patnè, elatriye pale sou sa.)

___ Lòt: _____

Èske se yon lòt òganizasyon ki te ba ou referans pou resevwa sèvis sante <Clinic Name> pou moun ki chanje sèks ? Si se sa, ki non òganizasyon an ? _____

Ki lang regilye ou pale ? ___ Anglè ___ Panyòl ___ Kreyòl Ayisyen ___ Yon lòt Lang (Tanpri Endike) : _____)

Ki laj ou ?

___ 15-19 ane ___ 20-24 ane ___ 25-29 ane ___ 30-39 ane ___ 40-49 ane ___ 50-59 ane ___ ≥60 ane

Ki ras ou (chwazi tout sa ki konsène ou) ?

___ Afriken-Ameriken oswa Nwa ___ Blan
___ Ameriken Natifnatal oswa Natifnatal Alaska ___ Lòt Ras (Tanpri Endike):
_____)
___ Azyatik ___ Mwen pito pa reponn
___ Natifnatal Zile Hawaii oswa Lòt Moun ki Fèt nan Zile Pasifik

Kisa gwoup etnik ou ye ?

___ Panyòl oswa Latino ___ Pa Panyòl oswa Latino ___ Mwen pito pa reponn

Ki sèks ou (chwazi tout sa ki konsène ou) ?

___ Maskilen ___ Feminen ___ Gason ki Chanje Sèks ___ Fanm ki Chanje Sèks
___ Non-binary/genderqueer ___ Yon lòt sèks (Tanpri endike: _____)
___ Mwen pito pa reponn

Ki sèks ou te genyen lè ou te fèt ?

___ Maskilen ___ Feminen ___ Mwen pa konnen ___ Mwen pito pa reponn

Èske ou gen asirans sante nan moman an ? ___ Wi ___ Non ___ Mwen pa konnen

Pwochen seksyon sa a ap poze ou kesyon sitou sou eksperyans ou avèk pwofesyonèl sante nou yo nan <Clinic Name>. Lè nou di “pwofesyonèl swen sante,” nou vle di doktè, enfimyè pratisyen, asistan doktè, espesyalis terapi ak lòt pwofesyonèl swen sante ki bay swen ak tretman ou.

Lè ou reflechi sou dènye vizit ou nan klinik la nan <Clinic Name>, tanpri fè yon wonn nan pi bon chwa ki montre repons ou pou chak kesyon anba a.

Pa Dakò Ditou = 1 Pa Dakò = 2 Ni Dakò ni pa Dakò = 3 Dakò= 4 Dakò Nèt = 5 N/A = pa konsène mwen

<i>Mwen santi pwofesyonèl swen sante mwen yo te chalere ak amikal.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi pwofesyonèl swen sante mwen yo te respekte idantite seksyèl mwen ak pwonon mwen yo pandan vizit mwen an.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi mwen alèz pou pale avèk pwofesyonèl swen sante mwen yo konsènan idantite seksyèl mwen ak objektif mwen yo pou resevwa swen pou afimasyon seksyèl (tankou òmòn)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi pwofesyonèl swen sante mwen yo gen bon jan konesans ak konpetans sou tout sa ki konsène transeksyalite.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi mwen alèz pou pale avèk pwofesyonèl swen sante mwen yo konsènan prevansyon pou VIH pou mwen oswa patnè mwen (yo).</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi mwen alèz pou pale avèk pwofesyonèl swen sante mwen yo konsènan swen pou VIH.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi mwen alèz pou pale avèk pwofesyonèl swen sante mwen yo konsènan sante seksyèl mwen.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi mwen alèz pou pale avèk pwofesyonèl swen sante mwen yo konsènan sante mantal mwen ak sante konpòtmantal mwen.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi pwofesyonèl swen sante mwen yo konprann bezwen mwen yo pou swen sante.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Pwofesyonèl swen sante mwen yo te ban mwen eksplikasyon sou tès medikal yo ak rezilta yo nan yon fason ki te fasil pou mwen konprann.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Pwofesyonèl swen sante mwen yo te reponn tout kesyon mwen vo sou sante mwen.</i>	1	2	3	4	5	N/A

Tanpri itilize espas sa a pou bay nenpòt lòt kòmantè sou eksperyans ou avèk pwofesyonèl swen sante nou yo. Nou p ap bay enfòmasyon ki idantifye ou dirèkteman ba pèsònèl la epi sa p ap afekte swen ou nan <Clinic Name>.

Pwochen seksyon sa a ap poze ou kesyon sitou sou eksperyans ou avèk pèsonèl klinik nou nan <Clinic Name>. Lè nou di "pèsonèl klinik," nou vle di tout lòt manm pèsonèl ki travay nan klinik la tankou enfimyè yo, famasyon yo, travayè sante kominotè yo, responsab dosye yo, resepsyonis yo, ak manm pèsonèl sant apèl la.

Lè ou reflechi sou dènye vizit ou nan klinik la nan <Clinic Name>, tanpri fè yon wonn nan pi bon chwa ki montre repons ou pou chak kesyon anba a.

Pa Dakò Ditou = 1 Pa Dakò = 2 Ni Dakò ni pa Dakò = 3 Dakò= 4 Dakò Nèt = 5 N/A = pa konsène mwen

<i>Mwen santi pèsonèl klinik lan te chalere ak amikal.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi pèsonèl klinik la te respekte idantite seksyèl mwen ak pwonon mwen yo pandan vizit mwen an.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi mwen alèz pou pale avèk pèsonèl klinik la konsènan idantite seksyèl mwen ak objektif mwen yo pou resevwa swen pou afimasyon seksyèl (tankou òmòn).</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi pèsonèl klinik la gen bon jan konesans ak konpetans sou tout sa ki konsène transeksyalite.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi mwen alèz pou pale avèk pèsonèl klinik la konsènan prevansyon pou VIH pou mwen oswa patnè mwen (yo).</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi mwen alèz pou pale avèk pèsonèl klinik la konsènan swen pou VIH.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi mwen alèz pou pale avèk pèsonèl klinik la konsènan sante seksyèl mwen.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen santi mwen alèz pou pale avèk pèsonèl klinik la konsènan sante mantal mwen ak sante konpòtmantal mwen.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Pèsonèl klinik la te reponn tout kesyon mwen yo ki gen rapò avèk vizit mwen.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Pèsonèl klinik la te itil mwen.</i>	1	2	3	4	5	N/A

Tanpri itilize espas sa a pou bay nenpòt lòt kòmantè sou eksperyans ou avèk pèsonèl klinik nou an. Nou p ap bay enfòmasyon ki idantifye ou dirèkteman ba pèsonèl la epi sa p ap afekte swen ou nan <Clinic Name>.

Avèk echèl ki anba a, tanpri fè nou konnen fason ou satisfè avèk sèvis ou te resevwa yo nan <Clinic Name> nan dènye vizit ou nan klinik la. Si ou pa t resevwa yon sèvis, fè yon wonn nan N/A (pa konsène mwen).

	Pa Satisfè Ditou=1	Pa Satisfè=2	Ni Satisfè ni Pa Satisfè= 3	Satisfè=4	Satisfè Nèt=5	
<i>Tès pou Enfeksyon ki Transmèt nan Sèks (STI)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Tès pou VIH</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Pwofilaksi Anvan ou Ekspoze nan VIH (prEP)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Pwofilaksi Apre ou Ekspoze nan VIH (nPEP)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Tretman pou VIH (Preskripsyon ARV)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Lòt Sèvis Swen (sètadi, Jesyon Dosye)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Terapi òmonal pou Afimasyon Sèks</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Referans Swen pou Afimasyon Sèks (sètadi operasyon oswa pwosedi pou afimasyon sèks)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Travayè Sante Kominotè, Kowòdonatè Swen Sante, oswa Gid pou Swen Sante</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Sèvis Famasi</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Sèvis Sante Mantal oswa Sèvis Sante Konpòtmantal</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Sèvis akòz Itilizasyon Alkòl/Dwòg</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Enskripsyon nan Asirans Sante</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Sipò pou Transpò</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Sipò pou Lojman (oswa Referans pou sèvis sa yo)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Sipò pou Travay (oswa Referans pou sèvis sa a)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Sipò pou Manje (oswa Referans pou sèvis sa a)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Sipò Legal (oswa Referans pou sèvis sa a)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Sèvis Swen Dan (oswa Referans pou sèvis sa a)</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Vizit Jeneral ou nan Klinik la</i>	1	2	3	4	5	N/A

Tanpri itilize espas sa a pou bay nenpòt lòt kòmantè sou sèvis ou te resevwa yo nan <Clinic Name>. Nou p ap bay enfòmasyon ki idantifye ou dirèkteman ba pèsònèl la epi sa p ap afekte swen ou nan <Clinic Name>.

Seksyon sa a ap poze ou kesyon sou lòt aspè ou resevwa swen nan <Clinic name>. Lè ou reflechi sou dènye vizit ou nan klinik la nan <Clinic Name>, tanpri fè yon wonn nan pi bon chwa ki montre repons ou pou chak kesyon anba a.

Pa Dakò Ditou = 1 Pa Dakò = 2 Ni Dakò ni pa Dakò = 3 Dakò= 4 Dakò Nèt = 5 Pa Konsèn Mwen= N/A

<i>Mwen te kapab pran randevou mwen an fasil.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen te gen yon bon eksperyans avèk lòt òganizasyon ki te ban mwen referans nan <Clinic Name>.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Mwen te gen yon bon eksperyans avèk lòt òganizasyon kote <Clinic Name te ban mwen referans.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Kantite tan pou rete tann nan klinik la te akseptab.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Klinik lan te mete medikaman doktè a te preskri mwen disponib pou mwen.</i>	1	2	3	4	5	N/A
<i>Frè vizit mwen yo te akseptab oswa yo pat chè</i>	1	2	3	4	5	N/A

Mwen te gen difikilte ki endike anba yo lè mwen t ap eseye jwenn swen sante

nan <Clinic name>: (tcheke tout sa ki konsèn ou)

- Transpò
- Pri/kouvèti asirans
- Disponiblite Orè
- Priyorite ki pa Annamoni
- Egzijans Lekòl/ Travay/Fanmi
- Lòt Difikilte (Tanpri endike : _____)

Tanpri itilize espas anba a pou di nou plis sou sa nou fè byen.

Tanpri itilize espas anba a pou di nou plis sou sa nou kapab amelyore.

Mèsi pou patisipasyon ou nan sondaj sa a !