



Kentucky Family Planning Survey

Prueba de embarazo / Encuesta para el cliente 2012



Gracias por ayudarnos a saber más sobre lo que necesitan los clientes que vienen a recibir servicios de planificación familiar. Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Sus respuestas son confidenciales y no se identificarán con su nombre. Cuando termine de responder las preguntas, por favor entregue la encuesta en la recepción.

ENCUESTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE KENTUCKY

Fecha de hoy: ____/____/____

1. ¿Cuál es la razón de su visita el día de hoy?
 - Prueba de embarazo  **Pase a la pregunta 3**
 - Píldora del día siguiente/ Plan B

2. En la última semana, ¿ha intentado conseguir la píldora del día siguiente/Plan B en algún otro lugar?
 - Sí
 - No

3. ¿Ha venido aquí antes para recibir servicios de planificación familiar?
 - Sí  **Pase a la pregunta 5**
 - No

4. Si no, ¿por qué *no* había venido aquí antes? (Marque todo lo que corresponda)
 - No lo necesitaba hasta *ahora*
 - El costo
 - No tengo transporte
 - Mis padres/pareja no me lo permitían
 - No conocía los servicios que ofrecen
 - Me daba pena venir
 - Otro _____

5. ¿Por qué piensa que podría estar embarazada? (Elija la respuesta que mejor se aplica a usted)
 - Tuve una prueba de embarazo positiva en el hogar
 - Tuve una prueba de embarazo positiva en otra clínica/proveedor
 - Tuve relaciones sexuales sin protección
 - Mi periodo se ha retrasado más de una semana/Tengo náusea por las mañanas
 - Se me olvidó usar un método de control natal
 - Estaba usando un método de control natal pero tuve un accidente (ej: se rompió el condón, se movió el capuchón cervical, etc.)
 - Otro: _____

Pensando en la posibilidad de estar embarazada, diría que:
(Elija la respuesta que mejor se aplica a usted para cada pregunta)

6. Espero que el resultado de la prueba de embarazo sea...
- Positiva
 - Negativa
 - Estoy indecisa
7. Si estoy embarazada, ...
- Es el momento adecuado.
 - Está bien, pero no es el momento perfecto.
 - Es mal momento.
8. Diría que.....
- Estoy planeando embarazarme
 - Mis planes siguen cambiando
 - No estoy planeando embarazarme
9. Si estoy embarazada, ...
- Quiero tener un bebé ahora
 - Tengo sentimientos encontrados al pensar en tener un bebé ahora
 - No quiero tener un bebé ahora
10. Si el resultado de la prueba de embarazo confirma que estoy embarazada, me voy a sentir...
- Muy alterada
 - Alterada
 - Contenta
 - Muy contenta
 - No estoy segura
11. ¿Cómo se siente ante la posibilidad de tener un bebé ahora o en algún momento del futuro?
Diría que:
- No quiero tener hijos
 - Quiero tener un bebé dentro del próximo año
 - Quiero tener un bebé dentro de los próximos dos años
 - Quiero tener un bebé dentro de 2 a 5 años
 - Quiero tener un bebé dentro de 5 años
 - No sé / No estoy segura

12. La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿tomó usted o su pareja/esposo alguna precaución para que no quedar embarazada?

- Sí
- No  **Pase a la pregunta 13**

a. Si sí, ¿qué método utilizó usted o su esposo/pareja la última vez que tuvieron relaciones sexuales para prevenir un embarazo? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Supositorio vaginal |
| <input type="checkbox"/> Condón (para hombre o mujer) | <input type="checkbox"/> DIU |
| <input type="checkbox"/> Depo-Provera, Inyecciones | <input type="checkbox"/> Eyacuación fuera de la vagina |
| <input type="checkbox"/> Implantes hormonales (Implanon) | <input type="checkbox"/> Métodos naturales de planificación familiar, método del ritmo o del calendario |
| <input type="checkbox"/> Parche anticonceptivo | <input type="checkbox"/> Esterilización (ligadura de trompas, vasectomía) |
| <input type="checkbox"/> Diafragma | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Capuchón cervical | |
| <input type="checkbox"/> Esponja anticonceptiva | |
| <input type="checkbox"/> Crema, espuma, gel anticonceptivos | |

b. ¿Dónde consiguió el método anticonceptivo? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultorio médico privado | <input type="checkbox"/> Clínica o centro de cuidado urgente o centro de atención sin cita |
| <input type="checkbox"/> Clínica del departamento de salud pública | <input type="checkbox"/> Amiga |
| <input type="checkbox"/> Centro de salud comunitario | <input type="checkbox"/> Pareja o esposo |
| <input type="checkbox"/> Clínica de Planned Parenthood | <input type="checkbox"/> Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Clínica de la escuela | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Clínica del hospital | |
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias del hospital | |

13. Si respondió *no* a la pregunta 12, ¿cuál fue la razón principal por la que *no* utilizó un método para no embarazarse la última vez que tuvo relaciones sexuales? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No tengo una pareja fija/ no planeaba tener sexo | <input type="checkbox"/> Razones médicas |
| <input type="checkbox"/> No se me ocurrió | <input type="checkbox"/> Razones religiosas |
| <input type="checkbox"/> No me importaría embarazarme | <input type="checkbox"/> Uso un método, pero no con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Quiero embarazarme | <input type="checkbox"/> No creo que me pueda embarazar/mi pareja se pueda embarazar |
| <input type="checkbox"/> No me gustan /a mi pareja no le gustan los efectos secundarios del método anticonceptivo | <input type="checkbox"/> Estoy dando el pecho o acabo de tener un bebé |
| <input type="checkbox"/> Los métodos anticonceptivos son muy costosos | <input type="checkbox"/> Me obligaron a tener relaciones sexuales/me violaron |
| <input type="checkbox"/> Es difícil conseguir métodos anticonceptivos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

-
14. ¿Alguna vez le ha hablado un doctor, enfermera o algún otro profesional de la salud sobre las formas de prepararse para tener un embarazo y bebé saludables?
- Sí
 - No
 - No sé/No estoy segura
15. Antes de pensar que estaba embarazada, ¿hizo algo para mejorar su salud como preparación para un posible embarazo?
- Sí
 - No  **Pase a la pregunta 17**
16. Si sí, ¿qué hizo para mejorar su salud? (Marque todo lo que corresponda)
- Tomé una multivitamina (ácido fólico)
 - Dejé de fumar o empecé a fumar menos
 - Dejé de tomar o empecé a tomar menos
 - Comí de forma más saludable
 - Obtuve consejos médicos/de salud
 - Otro: _____
17. ¿Alguna vez ha estado embarazada (antes de ahora)?
- Sí
 - No  **Pase a la pregunta 22**
18. Si sí, ¿cuántas veces se ha embarazado? (Encierre en un círculo su respuesta)
- 1 2 3 4 5 o más
19. ¿Qué edad tenía la primera vez que se embarazó? _____
20. ¿Ha tenido hijos?
- Sí
 - No  **Pase a la pregunta 22**
21. Si sí, ¿cuántos hijos ha tenido? _____
22. ¿Está tratando de embarazarse?
- Sí
 - No

-
- 23.** Antes de pensar que podría estar embarazada, mi pareja y yo...
- Nunca habíamos hablado de la posibilidad de tener hijos juntos
 - Habíamos hablado de la posibilidad de tener hijos juntos, pero no habíamos decidido que me embarazara
 - Habíamos decidido que nos gustaría que me embarazara
- 24.** ¿Cómo se siente su esposo / pareja sobre la posibilidad de que esté embarazada?
(Marque una respuesta)
- No tengo una pareja fija
 - Ya tiene tiempo que él quiere que me embarace
 - Él quiere que me embarace pero después
 - Él quiere que esté embarazada ahora
 - Él no quiere que me embarace ahora o en el futuro
 - No sé cómo se siente al respecto

Las siguientes preguntas se refieren a diferentes tipos de violencia en relaciones con una pareja íntima. Se considera una pareja íntima a alguien que sea o haya sido su esposo, novio, novia o alguien con quien esté saliendo.

- 25.** En los últimos 12 meses, ¿alguna pareja íntima le ha gritado, insultado o dicho groserías?
- Sí
 - No
 - No he tenido pareja íntima en los últimos 12 meses
- 26.** En los últimos 12 meses, ¿alguna pareja íntima la ha estado checando o tratando de evitar que usted haga lo que quiere hacer, tal como salir con amigos o familia?
- Sí
 - No
- 27.** En los últimos 12 meses, ¿alguna pareja íntima le ha pegado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente?
- Sí
 - No
- 28.** En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales cuando no quería porque una pareja íntima la amenazó o usó fuerza física (como doblarle el brazo, o sujetarla a la fuerza) para obligarla?
- Sí
 - No

-
29. ¿Has venido a solicitar la cobertura de seguro de Medicaid para el embarazo?
- Sí
 - No
30. ¿Recibió usted los resultados de la prueba de embarazo de hoy antes de rellenar esta encuesta?
- Sí
 - No

Información demográfica

31. ¿Cuántos años tiene? _____ años
32. ¿De qué raza es? (Marque todo lo que corresponda)
- Blanca
 - Afroamericana
 - Asiática
 - Nativo americana
 - Otra raza(s) _____
33. ¿Es hispana?
- Sí
 - No
34. Estado civil:
- Casada
 - Vivo con mi pareja
 - Separada
 - Tengo una pareja pero no vivimos juntos
 - Soltera
 - Divorciada
35. ¿Qué tipo de seguro médico tiene?
- Seguro médico privado que cubre métodos anticonceptivos/ de control natal
 - Seguro médico privado que *no* cubre métodos anticonceptivos/ de control natal
 - Seguro médico público (Medicaid)
 - No tengo seguro médico
36. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que terminó?
- Menos de preparatoria (*high school*)
 - Preparatoria (*high school*)
 - Algunos años de universidad
 - Universidad
 - Estudios de posgrado



Departamento de Salud Pública de Kentucky

División de salud de la mujer
Programa de planificación familiar



**Region IV Network for Data
Management and Utilization**



UNC

THE CECIL G. SHEPS CENTER
FOR HEALTH SERVICES RESEARCH

Se creó este documento como un esfuerzo conjunto entre:
The Kentucky Family Planning Program, Division of Women's Health
The Kentucky BRFSS, Division of Prevention and Quality Improvement
The Region IV Network for Data Management and Utilization Project
Cecil G. Sheps Center for Health Services Research, UNC-Chapel Hill
HRSA/MCHB Graduate Student Intern Program (GSIP)