|  |
| --- |
| **INSTRUCCIONES**   * **Utilice sólo un lápiz.** * **Marque la casilla junto a la respuesta que le represente mejor.** * **Elija sólo una respuesta por pregunta a menos que las instrucciones para la pregunta indiquen lo contrario.** * **Si cambia su respuesta, por favor borre su respuesta anterior completamente.** |

1. ¿Cuántos años tiene?
   * 10 años o menos
   * 11 años
   * 12 años
   * 13 años
   * 14 años
   * 15 años
   * 16 años
   * 17 años
   * 18 años
   * 19 años
   * 20 años o más

(especificar):\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es su sexo?
   * Hombre
   * Mujer
   * Otro
2. ¿En qué año/grado está en su centro educativo?
   * 7.° año
   * 8.° año
   * 9.° grado
   * 10.° grado
   * 11.° grado
   * 12.° grado
3. ¿En qué cantón vive usted?

CANTÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿En qué distrito vive usted?

DISTRITO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Pertenece usted a alguno de los siguientes grupos indígenas?

**(Marque todas las opciones de respuesta necesarias.)**

* + Bribri
  + Cabécar
  + Guaymí
  + Boruca
  + Térraba
  + Huetar (Quitirrisí)
  + Otro (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Ninguno

1. ¿Con quién vive usted?
   * Vivo con mi madre biológico y mi padre biológico
   * Vivo con mi padre y mi madrastra
   * Vivo con mi madre y mi padrastro
   * Vivo con mi madre solamente
   * Vivo con mi padre solamente
   * Vivo con mis tutores
   * Vivo con otros familiares
2. ¿Hasta dónde espera llegar en su educación?
   * No terminaré la secundaria
   * Terminaré la secundaria
   * Iré a la universidad, pero probablemente no termine
   * Me graduaré en la universidad
3. ¿Cuál es el nivel educativo más alto al que llegó su madre (o madrastra)?
   * Sin escolaridad. No asistió nunca a la escuela
   * Completó el 8.° año o menos
   * Completó parte de la escuela secundaria
   * Se graduó en la escuela secundaria
   * Fue por un tiempo a la universidad después de la escuela secundaria
   * Se graduó de la Universidad
   * No lo sé

**Las próximas preguntas son sobre el uso del tabaco.**

1. ¿Ha intentado fumar alguna vez, aunque sea uno o dos jalones?
   * Sí **Continúa.**
   * No **Pase directamente a la pregunta 15 en la página 5.**
2. ¿Cuántos años tenía cuando fumó un cigarrillo completo por primera vez?
   * 8 años o menos
   * 9 años
   * 10 años
   * 11 años
   * 12 años
   * 13 años
   * 14 años
   * 15 años
   * 16 años
   * 17 años
   * 18 años
   * 19 años
   * 20 años o más

(especificar):\_\_\_\_\_\_

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó cigarrillos?
   * 0 días
   * 1 a 2 días
   * 3 a 5 días
   * 6 a 9 días
   * 10 a 19 días
   * 20 a 29 días
   * Los 30 días
2. Durante los últimos 30 días, los días en que fumó, ¿cuántos cigarrillos fumó **por día**?
   * No fumé durante los últimos 30 días
   * Menos de un cigarrillo por día
   * 1 cigarrillo por día
   * 2 a 5 cigarrillos por día
   * 6 a 10 cigarrillos por día
   * 11 a 20 cigarrillos por día
   * Más de 20 cigarrillos por día
3. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó **cigarros o puros de tabaco**?
   * 0 días
   * 1 a 2 días
   * 3 a 5 días
   * 6 a 9 días
   * 10 a 19 días
   * 20 a 29 días
   * Los 30 días
4. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió **tabaco masticable** como Copenhaguen, General, Gustabus o Skoal?
   * 0 días
   * 1 o 2 días
   * 3 a 5 días
   * 6 a 9 días
   * 10 a 19 días
   * 20 a 29 días
   * Los 30 días

**Las siguientes preguntas son sobre beber alcohol. Esto incluye cerveza, vino, refrescos a base de vino, y bebidas alcohólicas como el ron, chicha, ginebra, vodka, guaro, cacique o whisky. Beber alcohol, en estas preguntas, no incluye beber un poco de vino en ceremonias religiosas.**

1. Durante su vida, ¿cuántos días ha bebido al menos una bebida alcohólica?
   * 0 días **Pase directamente a la pregunta 21 en la página 7.**
   * 1 a 2 días **Continúa.**
   * 3 a 9 días **Continúa.**
   * 10 a 19 días **Continúa.**
   * 20 a 39 días **Continúa.**
   * 40 a 99 días **Continúa.**
   * 100 o más días **Continúa.**
2. ¿Cuántos años tenía cuando bebió su primera bebida alcohólica, sin contar las veces que apenas probó unos sorbos?
   * 8 años o menos
   * 9 años
   * 10 años
   * 11 años
   * 12 años
   * 13 años
   * 14 años
   * 15 años
   * 16 años
   * 17 años
   * 18 años
   * 19 años
   * 20 años o más

(especificar):\_\_\_\_\_\_

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días bebió por lo menos una bebida alcohólica?
   * 0 días
   * 1 día
   * 2 días
   * 3 a 5 días
   * 6 a 9 días
   * 10 a 19 días
   * 20 a 29 días
   * Los 30 días
2. **Si usted es un muchacho:** Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días bebió 5 o más bebidas alcohólicas (un vaso o copa) seguidas, es decir, en unas pocas horas?

**Si usted es una muchacha:** Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días bebió 4 o más bebidas alcohólicas (un vaso o copa) seguidas, es decir, en unas pocas horas?

* + 0 días
  + 1 día
  + 2 días
  + 3 a 5 días
  + 6 a 9 días
  + 10 a 19 días
  + 20 días o más

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuál es la mayor cantidad de bebidas alcohólicas que bebió seguidas, es decir, en unas pocas horas?
   * No bebí alcohol durante los últimos 30 días
   * 1 ó 2 bebidas
   * 3 bebidas
   * 4 bebidas
   * 5 bebidas
   * 6 ó 7 bebidas
   * 8 ó 9 bebidas
   * 10 o más bebidas

**Las siguientes preguntas son sobre sentimientos de tristeza o intentos de suicidio. A veces, las personas se sienten tan deprimidas cuando piensan en el futuro, que pueden llegar a considerar intentar suicidarse, es decir, hacer algo para quitarse la vida.**

1. Durante los últimos 12 meses, ¿se sintió usted alguna vez tan triste o sin esperanzas, casi todos los días durante **dos semanas o más seguidas,** que dejó de hacer algunas actividades usuales?
   * Sí
   * No
2. Durante los últimos 12 meses, ¿consideró usted alguna vez **seriamente** la posibilidad de suicidarse?
   * Sí
   * No
3. Durante los últimos 12 meses, ¿pensó usted en algún plan sobre cómo intentaría suicidarse?
   * Sí
   * No
4. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentó usted suicidarse?
   * 0 veces **Pase directamente a la pregunta 26 en la página 9.**
   * 1 vez **Continúa.**
   * 2 o 3 veces **Continúa.**
   * 4 o 5 veces **Continúa.**
   * 6 o más veces **Continúa.**
5. **Si intentó suicidarse** durante los últimos 12 meses, ¿resultó en una herida, una intoxicación, o una sobredosis que tuvo que ser tratada por un médico o enfermera?
   * **No intenté suicidarme** durante los últimos 12 meses
   * Sí
   * No

**Las próximas preguntas tienen que ver con lo que usted sabe acerca de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.**

1. ¿Ha hablado alguna vez con alguna persona adulta sobre sexo?
   * Sí **Continúa.**
   * No **Pase directamente a la pregunta 28 en la página 9.**
2. Si contestó que sí, ¿con quiénes ha hablado sobre sexo?

**(Marque todas las opciones de respuesta necesarias.)**

* + Padre
  + Madre
  + Tutor / tutora
  + Profesor (a)
  + Médico(a)
  + Otro familiar persona adulta
  + Cacique
  + Sacerdote
  + Pastor
  + Otro adulto (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Ninguno

1. ¿Qué tan cómodo o incómodo se siente hablando con su mamá, su/s padre/s u otro/s adulto/s con quien/es vive sobre sexo?
   * Me siento muy cómodo
   * Me siento bastante cómodo
   * Me siento un poco incómodo
   * Me siento muy incómodo
2. ¿Se le ha brindado información sobre la infección llamada sida o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el centro educativo?
   * Sí
   * No
   * No estoy seguro/a
3. ¿Se le ha brindado información sobre el sida o el VIH en los servicios de salud?
   * Sí
   * No
   * No estoy seguro/a
   * Nunca he ido a servicios de salud
4. ¿Le han ofrecido en la clínica hacerle la prueba de VIH, el virus que causa el sida?
   * Sí
   * No
   * No estoy seguro/a
5. ¿Le han hecho la prueba de VIH, el virus que causa el sida?
   * Sí
   * No
   * No estoy seguro/a
6. ¿Se le ha brindado información sobre infecciones de transmisión sexual, es decir, las infecciones o enfermedades que una persona puede contraer por medio del contacto sexual?
   * Sí
   * No
   * No estoy seguro/a
7. ¿Cuáles son los síntomas de una infección o enfermedad de transmisión sexual?

**Indique si piensa que es verdadero o falso que los síntomas mencionados abajo sean de una infección o enfermedad transmitida sexualmente:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| Dolor o inflamación de las glándulas ubicadas cerca de la ingle (muslo interior). | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Dolor de estómago | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Fiebre | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Secreción vaginal (salida de líquido por los órganos genitales de las mujeres) | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Secreción involuntaria de líquidos por donde sale la orina | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Heridas o úlceras en los genitales | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Dolor de cabeza | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Picazón en la zona genital | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |

1. ¿Qué puede hacer una persona para reducir el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual?

**Indique si piensa que es verdadero o falso que los actos mencionados abajo reducen los riesgos de contraer una infección de transmisión sexual:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| Usar siempre condones | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Abstenerse de tener relaciones coitales | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Tener una sola pareja al mismo tiempo/ Ser fiel a una sola persona al mismo tiempo | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Tener una sola pareja por un periodo prolongado/ Ser fiel a una sola persona por un periodo prolongado | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Usa píldoras anticonceptivas (píldoras para evitar el embarazo) | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |

1. Por favor, indique si las siguientes afirmaciones sobre cómo reducir el riesgo de una infección de transmisión sexual son verdaderas o falsas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| El condón debe ponerse inmediatamente antes de la eyaculación. | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| El condón debe ser colocado antes de que el pene toque cualquier parte del recto, la vagina o la boca. | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| El condón debe ser puesto antes de tener una erección. | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| El condón debe ser puesto sólo si va a haber eyaculación. | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Las píldoras anticonceptivas protegen a la mujer del sida/VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente. | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Se debe lavar bien el condón antes de usarlo nuevamente. | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| El condón sólo debe cubrir la mitad superior del pene. | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |

1. Por favor, indique si las siguientes afirmaciones sobre cómo reducir el riesgo de un embarazo son verdaderas o falsas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * + Nunca me enseñaron sobre cómo reducir el riesgo de un embarazo. | | | |
| El hombre y la mujer deben compartir el paquete de píldoras anticonceptivas. | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| La mujer sólo debe tomar píldoras anticonceptivas los días que va a tener relaciones coitales. | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Las píldoras anticonceptivas no protegen a la mujer del VIH/sida u otra infección de transmisión sexual. | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Las píldoras anticonceptivas previenen el embarazo el 100% de las veces. | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |
| Una mujer debería ver a un médico antes de tomar píldoras anticonceptivas por primera vez. | * + Verdadero | * + Falso | * + No lo sé |

1. Por favor, indique las **3** opciones más importantes de personas o medios donde ha recibido información sobre sexo. Si sólo ha recibido de 1 ó 2 opciones, sólo marque esas

**POR FAVOR NO MARQUE MÁS DE 3 OPCIONES**:

* + Centro Educativo
  + Televisión
  + Radio
  + Médicos(as) y personal de salud
  + Iglesia
  + Diarios y revistas
  + Amigos(as)
  + Papá
  + Mamá
  + Tutores
  + Otros familiares adultos
  + Hermanas(os), o familiares adolescentes
  + Novio(a)
  + Folletos
  + Carteles publicitarios
  + Redes sociales
  + Promotores comunitarios
  + Otros (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Conoce algún servicios que brinden a las personas adolescentes información o relacionados con la salud sexual?
   * Sí **Continúa.**
   * No **Pase directamente a la pregunta 41 en la página 15.**
   * No lo sé **Pase directamente a la pregunta 41 en la página 15.**
2. ¿Dónde se encuentran esos servicios?
   * En el centro educativo
   * En centros de salud
   * En mi comunidad
   * Otro lugar (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * No lo sé
3. Si necesita un método de prevención del embarazo, ¿sabe dónde conseguirlo?
   * Sí **Continúa.**
   * No **Pase directamente a la pregunta 43 en la página 16.**
4. ¿Dónde puede conseguir un método de prevención del embarazo?

**(Marque todas las necesarias.)**

* + Familiar
  + Amigo(a)
  + Farmacia
  + EBAIS
  + Clínica del seguro
  + Otro (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Ha ido alguna vez a un EBAIS o clínica del seguro para obtener métodos de protección o prevención del embarazo?
   * Sí **Continúa.**
   * No **Pase directamente a la pregunta 45 en la página 16.**
2. Cuando fue al EBAIS, ¿obtuvo un método de protección o prevención del embarazo?
   * Sí
   * No
3. Si quisiera ir a un centro de salud, pero no quisiera ir con su papá o mamá, ¿hay alguien que lo pueda acompañar? ¿Quién?

**(Marque todas las respuestas que correspondan)**

* + Podría ir yo solo/a
  + Un hermano o una hermana
  + Algún otro familiar
  + Un amigo o amiga
  + Novio o novia, pareja
  + Otro (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + No lo sé

**Las próximas preguntas tienen que ver con sus opiniones sobre diferentes temas de salud relacionados con las relaciones genitales o coitales. Indique qué tan de acuerdo o desacuerdo está con las siguientes afirmaciones. Puede usted haber tenido relaciones genitales o coitales antes o no, pero igualmente nos interesa su opinión.**

1. Las chicas son más populares si tienen relaciones genitales o coitales
   * Totalmente de acuerdo
   * Estoy de acuerdo
   * No estoy de acuerdo
   * Totalmente en desacuerdo
2. Los muchachos son más populares si tienen relaciones genitales o coitales
   * Totalmente de acuerdo
   * Estoy de acuerdo
   * No estoy de acuerdo
   * Totalmente en desacuerdo
3. ¿Tiene la mayoría de la gente de su edad relaciones genitales o coitales?
   * Sí
   * No
   * No estoy seguro/a
4. Es más fácil para las mujeres ser fieles a su pareja que para los hombres
   * Totalmente de acuerdo
   * Estoy de acuerdo
   * No estoy de acuerdo
   * Totalmente en desacuerdo
5. Si tuviera relaciones coitales ahora, ¿estaría su mamá de acuerdo?
   * Definitivamente sí
   * Probablemente sí
   * Probablemente no
   * Definitivamente no
6. Si tuviera relaciones coitales ahora, ¿estaría su papá de acuerdo?
   * Definitivamente sí
   * Probablemente sí
   * Probablemente no
   * Definitivamente no
7. Si tuviera relaciones coitales ahora, ¿estarían sus amigos/amigas de acuerdo?
   * Definitivamente sí
   * Probablemente sí
   * Probablemente no
   * Definitivamente no
8. ¿Ha tenido relaciones coitales alguna vez?
   * Sí **Continúa.**
   * No **Pase directamente a la pregunta 55 en la página 18.**
9. Si ya ha tenido relaciones coitales ¿Cuándo cree usted que tendrá relaciones coitales la próxima vez?
   * Después de cumplir los 18 años **Pase directamente a la pregunta 56 en la página 19**
   * Cuando tenga novio o novia **Pase directamente a la pregunta 56 en la página 19**
   * El mes que viene **Pase directamente a la pregunta 56 en la página 19**
   * El año que viene **Pase directamente a la pregunta 56 en la página 19**
   * No lo sé **Pase directamente a la pregunta 56 en la página 19**
10. Si no ha tenido relaciones coitales ¿Cuándo cree usted que tendrá relaciones coitales por primera vez?
    * Después de cumplir los 18 años
    * Cuando tenga novio o novia
    * El mes que viene
    * El año que viene
    * No lo sé
11. La próxima vez que tenga relaciones coitales, ¿usted o su pareja va a usar condón?
    * Muy probable
    * Algo probable
    * No muy probable
    * Solo si mi compañero/a me lo pide
    * No lo sé
12. ¿Qué posibilidades piensa que existen de que contraiga una infección o enfermedad de transmisión sexual?
    * Ninguna posibilidad
    * Puede pasar
    * Muy posible que pase
13. ¿Qué posibilidades cree que existen de que usted quede embarazada o deje a una chica embarazada antes de los 18 años?
    * Ninguna posibilidad
    * Puede pasar
    * Muy posible que pase

**Ahora nos gustaría saber *qué cree que es verdadero* en relación con las relaciones coitales y los condones. Puede haber hecho estas cosas antes o quizás no, pero por favor díganos qué piensa. Por favor indique que tan de acuerdo o desacuerdo está con las siguientes afirmaciones:**

1. La gente de su edad que anda condones tiene relaciones coitales con mucha gente
   * Totalmente de acuerdo
   * Estoy de acuerdo
   * No estoy de acuerdo
   * Totalmente en desacuerdo
2. La gente debería usar condones sólo con aquéllos y aquéllas a los que no conoce muy bien.
   * Totalmente de acuerdo
   * Estoy de acuerdo
   * No estoy de acuerdo
   * Totalmente en desacuerdo
3. Es incómodo pedir condones en una farmacia o establecimiento comercial (supermercado, pulpería, etc.).
   * Totalmente de acuerdo
   * Estoy de acuerdo
   * No estoy de acuerdo
   * Totalmente en desacuerdo

**Imagine que está solo/a con alguien que le gusta mucho.**

1. **Imagine que está solo/a con alguien que le gusta mucho** ¿Podría detenerlo(a) en caso de que no quisiera tener relaciones coitales con él o ella?
   * Definitivamente sí
   * Probablemente sí
   * Probablemente no
   * Definitivamente no
2. **Imagine que está solo/a con alguien que le gusta mucho** ¿Podría evitar tener relaciones coitales si su compañero/a le dijera que rompería con usted si no lo hace?
   * Definitivamente sí
   * Probablemente sí
   * Probablemente no
   * Definitivamente no
3. **Imagine que está solo/a con alguien que le gusta mucho** ¿Podría evitar tener relaciones coitales si hubiera estado bebiendo alcohol?
   * Definitivamente sí
   * Probablemente sí
   * Probablemente no
   * Definitivamente no
4. **Imagine que está solo/a con alguien que le gusta mucho.** Si decidiera tener relaciones coitales, ¿podría decirle a su compañero/a que usen el condón?
   * Definitivamente sí
   * Probablemente sí
   * Probablemente no
   * Definitivamente no

**Las siguientes preguntas son sobre las relaciones coitales.**

1. ¿Ha tenido relaciones coitales alguna vez?
   * Sí **Continúa.**
   * No **Pase directamente a la pregunta 74 en la página 23.**
2. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera relación coital?
   * 8 años o menos
   * 9 años
   * 10 años
   * 11 años
   * 12 años
   * 13 años
   * 14 años
   * 15 años
   * 16 años
   * 17 años
   * 18 años
   * 19 años
   * 20 años o más

(especificar):\_\_\_\_\_\_

1. En toda su vida, ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones coitales?
   * 1 persona
   * 2 personas
   * 3 personas
   * 4 personas
   * 5 personas
   * 6 o más personas
2. Durante los últimos 3 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones coitales?
   * He tenido relaciones coitales, pero no en los últimos 3 meses
   * 1 persona
   * 2 personas
   * 3 personas
   * 4 personas
   * 5 personas
   * 6 o más personas
3. ¿Bebió alcohol o consumió drogas antes de tener relaciones coitales la **última vez**?
   * Sí
   * No
4. La **última vez** que tuvo relaciones coitales, ¿usaron usted o su compañero/a un condón?
   * Sí
   * No
5. La **última vez** que tuvieron relaciones coitales, **cuál** de estos métodos usaron usted o la persona con la que tuvo relaciones para **evitar un embarazo**? (Selecciona **una** respuesta solamente)
   * No usamos ningún método para evitar un embarazo
   * Píldoras anticonceptivas
   * Condones
   * Un DIU (como Mirena o ParaGard)
   * Un implante (como Implanon or Nexplanon)
   * Una inyección (como Mesigyna, Noristerat, o Depo-Provera), parche (como Ortho Evra), o anillo vaginal (como NuvaRing)
   * Eyaculación fuera de la vagina
   * Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * No estoy seguro/a
6. ¿Ha sido obligado/a físicamente a tener relaciones coitales?
   * Sí
   * No
7. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces le obligó la persona con la que salías a hacer prácticas sexuales que no quería? (Incluye cosas como besar, tocar o ser obligado físicamente a tener sexo oral o relaciones coitales.)
   * No salí con nadie en los últimos 12 meses
   * 0 vez
   * 1 vez
   * 2 o 3 veces
   * 4 o 5 veces
   * 6 o más veces

**Las siguientes preguntas son sobre su experiencia en los centros de salud a los que haya ido.**

1. ¿Ha visitado alguna vez un EBAIS o clínica del seguro?
   * Sí **Continúa.**
   * No **Pase directamente al fin de la encuesta.**
2. ¿Ha recibido asesoramiento sobre salud reproductiva o sexualidad cuando visitó un EBAIS o clínica del seguro?
   * Sí
   * No
3. **En el último año,** ¿ha recibido asesoramiento sobre salud reproductiva o sexualidad durante una visita a un EBAIS o clínica del seguro?
   * Sí
   * No
4. ¿Cuándo fue la **última vez** que visitó un EBAIS o clínica del seguro?
   * La semana pasada
   * En las últimas dos semanas
   * El mes pasado
   * En los últimos 6 meses
   * El año pasado
   * Hace más de un año
5. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿le acompañó alguien?

**(Marque todas las necesarias).**

* + Mi madre
  + Mi padre
  + Un hermano o hermana
  + Algún otro familiar
  + Un amigo
  + Novio/a o pareja
  + Otro

1. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿le atendieron?
   * Sí
   * No
2. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿recibió asesoramiento o consejos sobre su salud sexual o reproductiva?
   * Sí
   * No
   * No estoy seguro/a
3. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿pidió algún método para evitar o prevenir un embarazo?
   * Sí
   * No
4. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿recibió algún método para evitar o prevenir un embarazo?
   * Sí **Continúa.**
   * No **Pase a la pregunta 85 en la página 25.**
5. ¿Qué métodos recibió?

**(Marque todos los que haya recibido, y pase a la pregunta 86 en la página 25).**

* + No recibí ningún método de prevención del embarazo
  + Recibí condones
  + Recibí píldoras anticonceptivas
  + Recibí un DIU (como Mirena o ParaGard)
  + Recibí un implante (como Implanon o Nexplanon)
  + Recibí una inyección (como Mesigyna, Noristerat o Depo-Provera), parche (como Ortho Evra), o anillo vaginal (como NuvaRing)

1. Si no recibió ningún método, ¿por qué razón?

**(Marque todas las razones que correspondan).**

* + No lo tenían en el establecimiento
  + No lo entregaron porque no iba acompañado de un adulto
  + No me ofrecieron ningún método
  + Recibir un método no era el propósito de mi visita
  + No quería un método
  + No necesitaba un método (por ejemplo, virgen, usando un método en ese momento, embarazada o quería quedar embarazada
  + Otra razón (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿fue fácil conseguir una cita sin esperar demasiado tiempo?
   * Sí
   * No
   * No lo sé
2. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar entre el momento en que pidió una cita y el momento en que fue atendido?
   * Número de horas: \_\_\_\_\_
   * Número de días: \_\_\_\_\_\_
   * No pude conseguir una cita
   * No lo sé
3. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar para recibir la atención?
   * Número de horas: \_\_\_\_\_
   * Número de minutos: \_\_\_\_\_\_
   * No lo sé
4. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿cree que el tiempo de la consulta fue suficiente?
   * Sí
   * No
   * No lo sé
5. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿fue satisfactoria la atención que recibió?
   * No recibí ninguna atención
   * Recibí atención, y fue satisfactoria
   * Fue indiferente
   * Recibí atención, pero no fue satisfactoria
6. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿piensa que la atención médica que recibió fue correcta y adecuada?
   * No recibí ninguna atención
   * Sí
   * No
   * No lo sé
7. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿piensa que el personal de salud se interesaba realmente por sus inquietudes sobre temas de salud?
   * No recibí ninguna atención
   * Sí
   * No
   * No lo sé
8. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿piensa que el personal de salud le dedicó suficiente tiempo?
   * No recibí ninguna atención
   * Sí
   * No
   * No lo sé
9. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿piensa que el personal de salud se aseguró de que usted entendiera lo que le dijeron sobre su salud o tratamiento?
   * No recibí ninguna atención
   * Sí
   * No
   * No lo sé
10. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿cree que utilizaron los análisis y tratamientos más avanzados?
    * No recibí ninguna atención
    * Sí
    * No
    * No lo sé
11. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿piensa que la atención del personal cubrió todos los aspectos necesarios?
    * No recibí ninguna atención
    * Sí
    * No
    * No lo sé
12. En su **última visita** a un EBAIS o clínica del seguro, ¿con cuánta frecuencia le trataron con respeto el/la recepcionista o secretaria/o?
    * Nunca
    * A veces
    * Usualmente
    * Siempre
    * No lo sé
13. En una escala del 1 al 10, donde 1 es la peor atención y 10 es la mejor, ¿cómo calificaría la experiencia de su última visita al EBAIS o clínica del seguro?
    * Complete con un número entre 1 y 10: \_\_\_\_
    * No lo sé

***Este es el fin de la encuesta.***

***Muchas gracias por su ayuda.***