

**ENCUESTA DE SEGUIMIENTO A PACIENTES CON
VASECTOMÍA SIN BISTURÍ**

Jurisdicción Sanitaria: _____ **Fecha:** _____
Centro de Salud u Hospital donde se realizó la vasectomía _____

Nombre _____
Edad _____ Escolaridad _____ Ocupación _____
No. de hijos _____ Edad del menor (años) _____ Religión _____

Fecha en que se realizó la Vasectomía Sin Bisturí _____

¿Como se informó de la Vasectomía Sin Bisturí? _____

¿Quien le dio la orientación-conserjería en Vasectomía Sin Bisturí? _____

¿Fue referido de un Centro de Salud?

Si () Cual Centro de Salud _____ **No ()**

¿Cómo fue el trato del personal desde su llegada hasta que salió del servicio en donde le realizaron la Vasectomía Sin Bisturí?

Excelente () Bueno () Regular () Malo ()

¿Quedó satisfecho con la atención brindada durante la cirugía?

Si () No ()

Porque _____

¿Tuvo alguna complicación después de la cirugía?

Si () ¿Cuál? _____ **No ()**

Después de los 3 meses de la cirugía su relación sexual es:

Igual () Mejor () Peor ()

Si es peor, ¿por qué? _____

Fecha de negatividad de su espermatoconteo _____

Donde se realizó el espermatoconteo _____

¿Recomendaría la realización de la Vasectomía Sin Bisturí?

Si () No ()

Porque _____

Que lugar le parece mejor para realizarse la Vasectomía Sin Bisturí:

Hospital () Centro de Salud ()

Porque _____

Tiene alguna recomendación para mejorar los servicios de salud

Si () ¿Cuál? _____ **No ()**