

Evaluation of Sterilization Provider  
(Evaluación de Proveedor de Esterilización)

To measure quality of care, clients need to answer the following questions about the services received when referred for sterilization services. The Family Planning Program is committed to finding the best possible medical care for our patients when it is necessary to refer them to sources outside our state system.

Para medir la calidad de los servicios, los clientes necesitan contestar las siguientes preguntas sobre el servicio que recibieron cuando fueron referidos para los servicios de esterilización. El Programa de Planificación Familiar esta comprometido a encontrar el mejor cuidado médico posible para nuestros pacientes cuando es necesario de referirlos fuera de nuestra sistema del estado.

1. Name of surgeon or provider who performed the sterilization \_\_\_\_\_ (required information)  
Nombre del medico o cirujano que hizo la esterilización \_\_\_\_\_ (información requerida)

2. Do you feel that you were treated well by the doctor? Yes No  
¿Siente que el medico/a lo/la trato bien? Si No

3. Was the office clean, comfortable and private? Yes No  
¿Estaba la oficina limpia, cómoda y privada? Si No

4. Do you feel that your questions were answered? Yes No  
¿Siente usted que sus preguntas fueron contestadas? Si No

5. Was the counseling sensitive to your needs? Yes No  
¿Estuvieron las platicas de acuerdo a sus necesidades? Si No

6. Would you refer someone to this doctor or clinic? Yes No  
¿Recomendaria usted este doctor o clinica a alguien mas? Si No

Are there any other comments you wish to make?  
¿Tiene algun comentario que quisiera hacernos saber?

PLEASE RETURN THIS FORM TO: (por favor devolver esta forma a: )

New Mexico Department of Health  
Family Planning Program  
2040 South Pacheco St.  
2<sup>nd</sup> Floor  
Santa Fe, NM 87505