

What birth control method is best for you?

It's important to know what birth control options are available to you. Fill out the questionnaire below and talk with your health care provider. Together, you can decide which birth control method fits your lifestyle and health care needs.

Birth Control Questionnaire

- Are you planning to get pregnant within the next year?
 Yes No Not sure
- Are you using any non-prescription contraceptive methods?
 Yes No
- How comfortable do you feel starting a conversation with your health care provider about birth control?
 Very comfortable Somewhat comfortable Neutral Not at all comfortable
- How important is using birth control to you?
 Very important Somewhat important Not important Not sure
- How interested are you in daily birth control options?
 Very interested Somewhat interested Not interested Not sure
- How interested are you in non-daily birth control options?
 Very interested Somewhat interested Not interested Not sure
- How many times have you used emergency contraception in the past year?
 0 1 2-3 4 or more
- How satisfied are you with your current method of birth control?
 Very satisfied Somewhat satisfied Neutral Not at all satisfied
- What methods of birth control have you used in the past?

	Yes	No	I am interested in learning more
Implant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injection/shot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IUD (intrauterine device)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- What are the three most important things about birth control to you?

<input type="checkbox"/> How effective it is at preventing pregnancy	<input type="checkbox"/> Helps manage bleeding
<input type="checkbox"/> Is discreet and can be kept private	<input type="checkbox"/> Side effects
<input type="checkbox"/> Ease of use	<input type="checkbox"/> How much it costs
<input type="checkbox"/> Ease of access	<input type="checkbox"/> Other

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-962-8074 (TTY: 711).

¿Cuál es el mejor método anticonceptivo para usted?

Es importante saber qué opciones de métodos anticonceptivos tiene a su disposición. Llene el cuestionario a continuación y hable con su proveedor de atención médica. Juntos podrán decidir qué método anticonceptivo se adapta a su estilo de vida y necesidades de atención de salud.

Cuestionario sobre los métodos anticonceptivos

- ¿Está planeando quedar embarazada dentro del próximo año?
 Sí No No estoy segura
- ¿Está utilizando algún método anticonceptivo sin receta?
 Sí No
- ¿Qué tan cómoda se siente usted al iniciar una conversación con su proveedor de atención médica sobre los métodos anticonceptivos?
 Muy cómoda Un poco cómoda Neutral Nada cómoda
- ¿Qué importancia tiene para usted el uso de métodos anticonceptivos?
 Muy importante Un poco importante No es importante No estoy segura
- ¿Qué tan interesada está usted en las opciones de anticonceptivos diarios?
 Muy interesada Un poco interesada No me interesa No estoy segura
- ¿Qué tan interesada está usted en las opciones de anticonceptivos no diarios?
 Muy interesada Un poco interesada No me interesa No estoy segura
- ¿Cuántas veces ha utilizado anticoncepción de emergencia durante el último año?
 0 1 2-3 4 o más
- ¿Qué tan satisfecha está usted con su método anticonceptivo actual?
 Muy satisfecha Un poco satisfecha Neutral Para nada satisfecha
- ¿Qué métodos anticonceptivos ha utilizado en el pasado?

	Sí	No	Estoy interesada en aprender más
Implante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inyección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIU (dispositivo intrauterino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Píldora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Cuáles son para usted las tres cosas más importantes sobre los anticonceptivos?

<input type="checkbox"/> Su efectividad para prevenir el embarazo	<input type="checkbox"/> El control del sangrado
<input type="checkbox"/> Es discreto y puede mantenerse privado	<input type="checkbox"/> Efectos secundarios
<input type="checkbox"/> Facilidad de uso	<input type="checkbox"/> Su costo
<input type="checkbox"/> Facilidad de acceso	<input type="checkbox"/> Otra