



Cuando escriba letras ó números, coloque un carácter en cada casilla. Escriba en letras mayúsculas solamente.

Grid for letters A-M and N-Z

Grid for numbers 1-0

UTILIZE UNA PLUMA DE TINTA NEGRA

Rellene el círculo así --> ● No así --> ⊗

INFORMACION SOBRE USTED

Inicial de su primer nombre:

Empty box for first name initial

Inicial de su apellido:

Empty box for last name initial

¿Cuál es su fecha de nacimiento? (mm/dd/aa)

Empty boxes for birth date (mm/dd/aa)

¿Cuál es el código postal de su hogar/lugar habitual donde socializa?

Empty boxes for zip code

¿En que país nació usted?

Empty boxes for country of birth

¿Qué clase de seguro medico tiene usted?

(Llene todas las opciones que correspondan)

- Options for insurance types: No Tengo Seguranza, Medi-Cal, Seguro Privado, etc.

¿Alguna vez ha sido encarcelado en los últimos 12 meses o desde la última sesión? Sí No

¿Es Ud. un(a) trabajador(a) sexual? Sí No

¿Qué género se considera Ud? (escoja una opción)

- Options for gender: Hombre, Transgénero, Mujer, etc.

¿Cuál es su situación de desamparado/a? (escoja una opción)

- Options for housing situation: No estoy desamparado, Desamparado/a, vivo en la calle, etc.

¿Cuál fue su género al nacer? (escoja una opción)

- Options for gender at birth: Hombre, Mujer

¿Si es mujer, está embarazada?

- Options for pregnancy: Sí, No, No sé

¿Si está embarazada, está en cuidado prenatal?

- Options for prenatal care: Sí, No

¿Cuál de las siguientes opciones describe su raza/origen étnico? (llene todas que correspondan)

- Options for ethnicity: Negro/Afro-Americano, Asiático, Nativo Americano, etc.

¿Cuál de las siguientes opciones describe su orientación sexual? (escoja una opción)

- Options for sexual orientation: Heterosexual, Homosexual o Lesbiana, Bisexual, etc.



HISTORIA SE CONDUCTAS SEXUALES

¿Tuvo sexo vaginal o anal en los últimos 12 meses o desde la última sesión? Sí No
 Si respondió que sí, completa las preguntas que siguen.
 Si respondió que no, adelántese a la siguiente página.

Si esta sesión es su PRIMERA SESION, completa la sección que dice "En Los Ultimos 12 Meses"

Si esta sesión es su ULTIMA SESION o SEGUIMIENTO DE 30 DIAS, completa la sección que dice "Desde la Ultima Sesión"

Para TODAS LAS SESIONES, por favor completa la sección que dice "Siempre use condones durante actividades de sexo"

Completa esta sección si esta es su PRIMERA SESION

Completa esta sección para SIGUIENTE SESIONES

En Los Ultimos 12 Meses

Desde la Ultima Sesión

Siempre Completa

Actividad Sexual	Todas parejas en las Ultimos 12 Meses			Todas parejas desde la Ultima Sesión			Siempre usé condones durante actividades de sexo
	Hombre	Mujer	Transgénero	Hombre	Mujer	Transgénero	
Sexo Oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sexo Vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo Anal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intercambió sexo para drogas, dinero, o algo que necesitaba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo mientras estaba intoxicado/drogado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo con pareja que se inyecta drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo con pareja que es VIH positiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo con pareja cuya situación del VIH es desconocida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo con pareja que intercambia sexo por drogas/dinero/etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo con pareja anónima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solamente para mujeres: Sexo con un hombre o Transgénero que tiene sexo con otros hombres	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Con cuantas parejas tuvo sexo vaginal o anal en los últimos 30 días? # (0-999)

Hombres	Mujeres	Transgéneros
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



HISTORIA DE SALUD SEXUAL

¿Durante los últimos 12 meses, fue diagnosticado(a) con una enfermedad transmitida sexualmente (STD)? (Llene todas las opciones que correspondan)

- No STDs/Hepatitis, Clamidia, Herpes Genital (HSV), Sífilis (syph, the pox, lues), Verrugas Genitales/Anales (HPV), Hepatitis C (HCV), Gonorrea (GC, clap, drip), Trichomoniasis (trich), Otra, especifique: [Form], Hepatitis A (HAV), Hepatitis B (HBV)

¿Se ha vacunado por alguna de las siguientes? (Llene todas las opciones que correspondan)

- Hepatitis A, Hepatitis B

Si se ha hecho la prueba de VIH, cuántas veces?

(Escribe "0" si no se había hecho la prueba antes de hoy)

[Form] Rellene aquí si Ud. Declina/Rehusa Responder

Fecha de la última prueba que se hizo y recibió su resultado. (mm/aa)

[Form] / [Form]

¿Si se ha hecho la prueba de VIH, cuál fue su resultado más reciente? (escoja una opción)

- Negativo, Inconcluso, discordante, inválido, Positivo Preliminar (sin confirmación), Nunca recibí mis resultados, Positivo, Declino/Rehusa Responder

Si Ud. es VIH+, por favor conteste las siguientes preguntas: Si esta es su PRIMERA sesión, conteste las preguntas pensando en los últimos 6 meses. Por otras sesiones, contesta las preguntas considerando el tiempo DESDE LA ULTIMA SESION.

¿Cuántas veces visitó a un proveedor de salud por su infección del VIH?

Por favor no incluya ninguna vez cuando tuvo una visita a una sala de emergencia, fue internado/a en el hospital, o solamente visitó el laboratorio para exámenes:

Por la primera sesión, # en los últimos 6 meses.

Por otras sesiones, # desde la última sesión.

Escribe # de 0-199

[Form] Declino Responder/No sé

¿Fecha de su última visita de cuidado médico? (mm/aa)

[Form] / [Form]

Cuidado Médico por VIH:

Si su prueba de VIH resulto positiva hoy, ¿por que no recibió una referencia para cuidado médico?

- Ya estoy recibiendo cuidado médico por mi VIH, Rehusé la referencia para cuidado médico



HISTORIA DE SALUD SEXUAL

Las siguientes preguntas son acerca de fármacos recreativos que Ud. haya usado en los últimos 12 meses, ó desde la última sesión, pero NO incluye ninguna droga que haya tomado bajo prescripción médica u hormonas.

¿Alguna vez, se ha inyectado alguna sustancia (drogas, hormonas, insulina, vitaminas, etc.) Y compartió sus agujas o equipo?

Sí No

¿En los últimos 12 meses, se ha inyectado alguna sustancia (drogas, hormonas, insulina, vitaminas, etc.) Y compartió sus agujas o equipo?

Sí No

¿Durante los últimos 12 meses o desde la última sesión, he usado alguna de las siguientes sustancias?

No use alcohol o drogas Declino Responder

*Si respondió NO, no hay que completar la última sección de este formulario.
Si respondió que SÍ, por favor llene todas las opciones que correspondan.*

¿Usó alguna de las siguientes sustancias?	Si respondió que sí, ¿tuvo sexo mientras usaba esta sustancia?	¿Se inyectó esta droga?
<input type="radio"/> Alcohol	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Metanfetaminas (speed, crank, crystal, tina)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Cocaína (polvo)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Piedra (crack)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Heroína (horse, junk, skag, smack, H)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Otra, especifique: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Por favor completa las preguntas en la siguiente página





PREGUNTAS ADICIONALES

Por favor indique hasta dónde está de acuerdo o desacuerdo con cada frase:

El SIDA ha sido casi curado.

- Totalmente en Desacuerdo
- En Desacuerdo
- Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo
- De Acuerdo
- Totalmente de Acuerdo

Ser VIH positivo no es gran cosa ahora que los tratamientos son mejores.

- Totalmente en Desacuerdo
- En Desacuerdo
- Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo
- De Acuerdo
- Totalmente de Acuerdo

**Si Ud. es VIH-, ¿cuál cree que es su probabilidad de infectarse con VIH?
Si Ud. es VIH+, ¿cuál cree que es su probabilidad de transmitir el VIH?**

- Muy probable
- Probable
- Ni Probable ni Improbable
- Improbable
- Muy Improbable

Soy capaz de usar condones bajo cualquier circunstancia para no infectarme o pasar el VIH.
(como cuando estoy borracho/a ó drogado/a ó cuando mi pareja no quiere usar condones)

- Totalmente en Desacuerdo
- En Desacuerdo
- Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo
- De Acuerdo
- Totalmente de Acuerdo

Para el próximo grupo de preguntas, por favor indique si cree que la frase es verdadera o falsa:

Verdadero Falso No Sé

Sacar el pene antes que el hombre alcance el clímax/eyacule, no deja que la mujer se infecte con VIH durante el sexo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombres o mujeres se pueden infectar del VIH si tienen sexo anal con un hombre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gente que se infecta con el VIH muestra pronto señales serias de haberse Infectado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hay una vacuna que no deja que los adultos se infecten con el VIH.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es probable que la gente se infecte con el VIH al besar profundamente ó poner la lengua en la boca de su pareja, si su pareja tiene el VIH.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tener relaciones con más de una pareja puede aumentar la probabilidad que una persona se infecte con el VIH.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¡Gracias!

Sus respuestas serán confidenciales. Sus respuestas ayudarán a nuestra agencia a servirle mejor. Si Ud tiene alguna pregunta o inquietud por estas preguntas o sus respuestas, puede hablar con su facilitador de grupo.



ADMINISTRATIVE USE ONLY

Program ID: [][][][] Site ID: [][][][]

Time of Encounter: [] : []
 AM
 PM

Session: (choose only one)

- Session 1
 Final Session
 30 Day Follow Up

Complete this section at the first session only:

How was client referred? (choose only one)

- Agency*** Friend/Family
 HC/PI Self
 Partner Don't Know
 Other, specify: []

What is today's date?

(mm/dd/yy)
 [][] / [][] / [][]

***If client was referred from an agency, which program?

- HCT HC/PI HE/RR
 Partner Services CRCS
 Intake Outreach Encounter
 Other Don't Know

Complete this section if client is unaware of their status or wishes to be tested. Place a test lab sticker in the box if client tests today:

Testing Referral: (choose only one)

- Tested at encounter
 Referred for testing
 Declined/refused testing
 No testing referral



Place Test Lab Sticker #1 Below

[]

Referrals: (choose all that apply)

- No referrals provided

Risk/Harm Reduction

- Comprehensive risk counseling (CRCS) Prevention support group
 HIV education & prevention services Prevention skill development
 Follow-up HIV counseling Individual psychotherapy/counseling

Other Referrals

- HCV medical services Reproductive services
 Post exposure prophylaxis (PEP) STD testing & treatment
 Hepatitis testing/vaccination TB testing & treatment
 General medical services Other referral, specify:
 Social services

[]

Positive Referrals

- HIV medical care
 HIV case management

Substance Use Services

- Alcohol/Drug Treatment
 Harm reduction services
 Syringe exchange program (SEP)