ADMINISTRATIVE USE ONLY

Referrals: ☐ (1) No Referrals Provided

	Agency:	Outcome:
☐ (1) HIV Risk Reduction Activities		
☐ (1) Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)		
☐ (1) HIV Medication Adherence Services		
☐ (1) Substance Use Services		
☐ (1) Syringe Services Program		
☐ (1) STD Testing and Treatment		
☐ (1) Hepatitis Services		
☐ (1) Mental Health Services		
☐ (1) TB Testing and Treatment		
☐ (1) Housing Services		

Testing Referral *(check one)*:

☐ (1) Tested at Encounter
☐ (2) Referred for Testing
☐ (3) Declined/Refused Testing
☐ (4) No Testing Referral

☐ (1) If Test Result is Positive or Preliminary Positive

Date Tested *(mm/dd/yyyy)*: _____

Unique Office of AIDS Number

Risk Reduction/Behavioral Outcomes *(complete at first session, last session and 30 days after intervention)*:

Number of Vaginal or Anal Sex Partners for the Past 30 Days:

_____ Male
\+ _____ Female
\+ _____ Transgender
= _____ **TOTAL**

Number of Vaginal or Anal Sex Partners by Serostatus Sex Partners for the Past 30 Days:

_____ Positive Partners
\+ _____ Negative Partners
\+ _____ Partners with Unknown Status
= _____ **TOTAL**

Percentage of Condom Use During Vaginal or Anal Sex by Serostatus Sex Partners for the Past 30 Days:

_____ % with HIV Positive Partners
_____ % with HIV Negative Partners
_____ % with HIV Unknown Partners

Was Client Referred to HIV Medical Care?

	Agency:	Outcome:	Date of Medical Visit *(mm/dd/yyyy)*:
☐ (1) Provider Referred Client to HIV Medical Care:			
☐ (2) Provider Referred Client to Program that does Linkage/Re-engagement to Care:			

☐ (3) No Referral Made Because: ☐ (1) Client Currently in Care ☐ (2) Referred at Previous Session
☐ (3) Client Declined Referral *(specify reason)*: _____
☐ (4) Other Reason *(specify)*: _____

Provider Notes:

HIV Medical Adherence: **Check if Adherence Support Provided During This Session**: ☐ (1) Yes

Please verify client's HIV medical adherence response answered in question #32 and provide adherence support if indicated.

Percent of ART Doses Taken in the Past Four Weeks:

_____ % As of *(mm/dd/yyyy)*: _____

Adherence Notes:

Partner Services:

Was Partner Services Discussed/Offered This Session *(check one)*:
☐ (1) Offered and Accepted ☐ (2) Offered and Refused ☐ (3) Not Offered

Was Skill Building Provided for Self-Notification:
☐ (1) Yes ☐ (0) No
If yes, number of partners to be self-notified *(0-999)*: _____

Was Client Interviewed for Partner Elicitation at This Agency *(dual and 3rd party)*:
☐ (1) Yes ☐ (0) No If yes, interview date *(mm/dd/yyyy)*: _____
(attach Partner Information Forms)
If yes, number of partners *(dual and 3rd party) (0-999)*: _____

Was Partner Services Referred Out to Another Agency:
☐ (1) Yes ☐ (0) No If yes, specify agency: _____
If yes, was client interviewed for partner elicitation:
☐ (1) Yes
☐ (0) No
☐ (8) Don't Know
If yes, interview date *(mm/dd/yyyy)*: _____
If yes, number of partners *(dual and 3rd party) (0-999)*: _____

Data Entry Initials: _____ **Encounter ID #:** _____

CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO
(Conocido por sus siglas en inglés como SAQ)

Favor de NO escribir su nombre en esta encuesta.

Este cuestionario es anónimo y contiene preguntas acerca de su salud y su actividad sexual. Esperamos que pueda contestar las preguntas honestamente. Por supuesto, puede dejar preguntas en blanco si prefiere no contestarlas. Sin embargo, le pedimos que nos ayude, contestando la mayor cantidad de preguntas posible. Sus respuestas ayudarán a agencias locales y estatales a atender mejor las necesidades de salud de personas que vivan en California.

INFORMACIÓN GENERAL ACERCA DE USTED

1.) ¿Cuál es su género de identidad sexual? *(marque una)*

☐ (1) Masculino
☐ (2) Femenino
☐ (3) Transexual *(hombre a mujer)*
☐ (4) Transexual *(mujer a hombre)*
☐ (5) Otro, *(especifique)*: _____

2.) ¿Cuál fue su sexo biológico al nacer? *(marque una)*

☐ (1) Masculino
☐ (2) Femenino
☐ (3) Intersexual

3.) ¿Cuál es su raza/grupo étnico? *(marque todas las que correspondan)*

☐ (1) Negro/Estadounidense de origen Africano
☐ (1) Indio Americano/Nativo de Alaska
☐ (1) Asiático, *(especifique)*: _____
☐ (1) Nativos de Hawái/Isleños de Pacifico *(especifique)*: _____
☐ (1) Hispano/Latino(a) *(especifique)*: _____
☐ (1) Blanco
☐ (1) No conozco mi raza étnica

4.) ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

☐☐☐☐☐☐☐☐ *(mes/día/año)*

5.) ¿Cuál es la primera letra de su apellido? ☐

6.) ¿En qué condado vive usted? _____

7.) ¿En qué estado vive usted? _____

8.) ¿Cuál es su código postal? ☐☐☐☐☐

9.) ¿Cuál es su estado actual de vivienda? *(marque una)*

☐ (1) Sin hogar
☐ (2) Hogar inestable (en riesgo de perder la vivienda)
☐ (3) Hogar estable
☐ (4) Prefiero no contestar

10.) ¿Cuál fue su situación de vivienda más severa en los últimos 12 meses? *(marque una)*

☐ (1) Sin hogar
☐ (2) Hogar inestable (en riesgo de perder la vivienda)
☐ (3) Hogar estable
☐ (4) Prefiero no contestar

11.) ¿Ha estado usted en la cárcel o en la prisión por más de 24 horas in los últimos 12 meses? ☐ (1) Sí ☐ (0) No

12.) ¿Vive con regularidad en varios lugares distintos a través del año por causa del trabajo? ☐ (1) Sí ☐ (0) No

13.) ¿Cuáles de las siguientes opciones se acerca más a su orientación sexual? *(marque una)*

☐ (1) Heterosexual o derecho ☐ (2) Bisexual
☐ (3) Gay, lesbiana, homosexual, amanerado, o amante de las personas del mismo sexo
☐ (4) Otro, *(especifique)*: _____
☐ (5) No conozco mi orientación sexual

14.) ¿Cuál es su cobertura de seguro médico actual? *(marque todas las que correspondan)*

☐ (1) Sin cobertura ☐ (1) Privada *(propia o por un empleador)*
☐ (1) Medi-Cal (Medicaid) ☐ (1) Programa Family PACT
☐ (1) Programa para personas de bajos recursos (LIHP)
☐ (1) Medicare ☐ (1) Militar ☐ (1) Servicio de Salud Indígena
☐ (1) Otro seguros de salud público, *(especifique)*: _____
☐ (1) Otro, *(especifique)*: _____

ALTO **PARE AQUÍ. Complete el resto del cuestionario solo si así se lo pide el líder de su grupo.**

15.) ¿Ha tenido sexo vaginal *(el pene en la vagina)* **o sexo anal** *(el pene en el ano [trasero])* **con un *hombre* en los últimos 12 meses?** ☐(1) Sí ☐(0) No

Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de sexo ha tenido usted con hombres en los últimos 12 meses? *(marque todas las que correspondan)*

☐ (1) Sexo vaginal *(el pene en la vagina)*

☐ (1) Sexo anal insertivo *(su pene en el ano [trasero] de su pareja sexual)*

☐ (1) Sexo anal receptivo *(el pene de su pareja sexual en su ano [trasero])*

Si la respuesta es Sí, ¿ha tenido sexo vaginal o anal con un *hombre*... *(marque todas las que correspondan)*

☐ (1) sin usar un condón

☐ (1) con alguien que se inyecta drogas

☐ (1) con alguien que usted sabe tiene el VIH o el SIDA

☐ (1) con alguien que usted sabe ha tenido relaciones sexuales con otro hombre *(si su género es **femenino**)*

16.) ¿Ha tenido sexo oral con un *hombre* en los últimos 12 meses? ☐(1) Sí ☐(0) No

17.) ¿Ha tenido sexo vaginal *(el pene en la vagina)* **o sexo anal** *(el pene en el ano [trasero])* **con una *mujer* en los últimos 12 meses?** ☐(1) Sí ☐(0) No

Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de sexo ha tenido con una *mujer*? *(marque todas las que correspondan)*

☐ (1) Sexo vaginal *(el pene en la vagina)*

☐ (1) Sexo anal insertivo *(su pene en el ano [trasero] de su pareja sexual)*

Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de sexo ha tenido con una *mujer*... *(marque todas las que correspondan)*

☐ (1) sin usar un condón

☐ (1) con alguien que se inyecta drogas

☐ (1) con alguien que usted sabe tiene el VIH o el SIDA

18.) ¿Ha tenido sexo oral con una *mujer* en los últimos 12 meses? ☐(1) Sí ☐(0) No

19.) ¿Ha tenido sexo vaginal *(el pene en la vagina)* **o sexo anal** *(el pene en el ano [trasero])* **con una *persona transexual* en los últimos 12 meses?** ☐(1) Sí ☐(0) No

Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de sexo ha tenido con una *persona transexual*? *(marque todas las que correspondan)*

☐ (1) Sexo vaginal *(el pene en la vagina)*

☐ (1) Sexo anal insertivo *(su pene en el ano [trasero] de su pareja sexual)*

☐ (1) Sexo anal receptivo *(el pene de su pareja sexual en su ano [trasero])*

Continúa en la siguiente columna...

Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de sexo ha tenido con una *persona transexual*... *(marque todas las que correspondan)*

☐ (1) sin usar un condón

☐ (1) con alguien que se inyecta drogas

☐ (1) con alguien que usted sabe tiene el VIH o el SIDA

20.) ¿Ha tenido sexo oral con una *persona transexual* en los últimos 12 meses? ☐(1) Sí ☐(0) No

21.) ¿Con cuántas personas ha tenido usted sexo vaginal o anal en los últimos 12 meses? *(1 a 999)*

☐☐☐

22.) ¿Ha recibido usted drogas, dinero, u otros artículos o servicios por sexo en los últimos 12 meses?

☐(1) Sí ☐(0) No

23.) ¿Ha tenido relaciones sexuales con una persona que usted sabe que ha intercambiado sexo por drogas o dinero en los últimos 12 meses?

☐(1) Sí ☐(0) No

24.) ¿Cuantas bebidas alcohólicas toma usted en un día normal cuando está bebiendo? *(0 a 99)*

☐☐

25.) ¿Ha utilizado alguna de estas drogas en los últimos 12 meses? *(marque todas las que correspondan)*

☐ (1) Estimulantes *(como por ejemplo metanfetamina, piedra de cocaína, cristal, cocaína, o vidrio)*

☐ (1) Heroína

☐ (1) Los opiáceos recetados *(como por ejemplo Oxycontin, Percocet, Morfina, Metadona, Codeína, Fentanil, Buprenorfina, Norco o Vicodin)*

☐ (1) Poppers *(nitrato de amilo)*

☐ (1) **No** he utilizado ninguno de estas drogas

26.) ¿Ha utilizado usted una aguja para inyectarse drogas en los últimos 12 meses? ☐(1) Sí ☐(0) No

Si se ha inyectado, ha compartido agujas o equipos de inyección de drogas? ☐(1) Sí ☐(0) No

27.) ¿Alguna vez ha utilizado una aguja para inyectarse drogas? ☐(1) Sí ☐(0) No

28.) ¿Algún médico o proveedor de servicios le ha dicho alguna vez que usted tiene hepatitis C?

☐(1) Sí ☐(0) No

Continúa en la siguiente página...

29.) ¿Ha sido usted diagnosticado con algunas de las siguientes enfermedades en los últimos 12 meses? *(marque todas las que correspondan)*

☐ (1) Clamidia

☐ (1) Gonorrea

☐ (1) Sífilis

☐ (1) **No** me han dicho que tuviera ninguna de estas.

30.) ¿Existe algo más que podría ponerlo a usted en riesgo de VIH? ☐(1) Sí ☐(0) No

Si la respuesta es Sí, entonces por favor especifique:

_____

31.) ¿Antes de hoy, usted ha tomado una prueba del VIH/SIDA? ☐(1) Sí ☐(0) No ☐(8) Yo no sé

Si la respuesta es No, o no sabe, PARE AQUI. ALTO

Si la respuesta es Sí, cual fue la fecha de su última prueba?

☐☐☐☐☐☐ *(mes/año)*

En caso afirmativo, ¿cuál fue el último resultado que usted recibió?

☐ (1) Negativo *(Sin infección de VIH)* ALTO

☐ (2) Otro resultado *(inconcluso, discordante o no valido)* ALTO

☐ (3) Yo no sé cuál es mi último resultado ALTO

☐ (4) Positivo *(la prueba fue positiva para VIH)*

Vaya a la pregunta #32.

☐ (5) Positivo preliminar *(la prueba rápida de VIH no se ha confirmado)*

Vaya a la pregunta #32.

32.) Si es positivo de VIH:

¿Alguna vez ha visitado a un proveedor médico para el VIH? ☐(1) Sí ☐(0) No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo fue su última cita médica relacionada con el VIH?

☐☐☐☐☐☐ *(mes/año)*

¿Cuál es la fecha de su próxima cita médica para el VIH?

☐☐☐☐☐☐ *(mes/año)*

☐ No tiene una cita pendiente

¿Usted toma medicamentos para el VIH?
☐(1) Sí ☐(0) No

En caso afirmativo, en los ultimos tres dias, sin incluir el dia de hoy, ¿cuantos dias se ha tomado usted correctamente todas sus medicinas contra el VIH?

☐ (0) Cero ☐ (1) Una ☐ (2) Dos ☐ (3) Tres

¿Cuál fue su cuenta de CD4 más reciente? _____

Fecha de su ultimo conteo de células CD4:

☐☐☐☐☐☐ *(mes/año)*

¿Cuál de su carga viral más reciente? _____

☐ Si no es detectable, marque aquí

Fecha de su última prueba de carga viral:

☐☐☐☐☐☐ *(mes/año)*

¿Diganos si usted gustaría ayuda con informarle a su pareja acerca de su estado con VIH?
☐(1) Sí ☐(0) No

Si usted es mujer y es VIH positivo:

¿Está usted embarazada? ☐(1) Sí ☐(0) No

En caso afirmativo, ¿tiene usted cuidado prenatal? ☐(1) Sí ☐(0) No

ALTO **PARE AQUÍ. ¡Gracias! Por favor, devuelva este formulario completo ahora.**

ADMINISTRATIVE USE ONLY

Group Name: _____ **Provider's ID #:** ☐☐☐☐ **Check One:** ☐ (1) Page 1 Only ☐ (2) Completed Form

Series #: ☐☐☐ **Session #:** ☐ **of** ☐ **Date of This Group:** ☐☐☐☐☐☐☐☐ *(mm/dd/yyyy)*

LHJ/Agency #: ☐☐☐☐ **Location #:** ☐☐☐☐ **Agency Client #:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data Entry Initials: ☐☐☐ **Encounter ID #:** ☐☐☐☐☐