CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CLIENTE

INSTRUCCIONES: Por favor, responda las siguientes preguntas. Marque ☒ o escriba el número en las casillas en cada pregunta. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas sus respuestas son totalmente confidenciales y no serán compartidas. Si necesita asistencia por favor comuníquese con la persona que le entregó este formulario.

1) ¿Cuál es su sexo/género? *(marque uno ☒)*
- ❑ (1) Masculino
- ❑ (2) Femenino
- ❑ (3) Transgénero (masculino a femenino)
- ❑ (4) Transgénero (femenino a masculino)
- ❑ (5) Otro, especifique: _____

2) ¿Cuál es su raza/grupo étnico? *(marque todos los que correspondan ☒)*
- ❑ (1) Negro/Afroamericano
- ❑ (1) Indio Americano/Nativo de Alaska
- ❑ (1) Asiático
- ❑ (1) Hawaiano nativo/Isleño del Pacífico
- ❑ (1) Hispano/Latino(a)
- ❑ (1) Blanco
- ❑ (1) Otro, especifique: _____

3) ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
Mes Día Año

4) ¿Cuál es la PRIMER LETRA de su APELLIDO?
☐

5) ¿Cuál es su código postal? ☐☐☐☐☐

6) ¿En qué Condado vive? _____

7) ¿Cuál de lo siguiente se aproxima más a su orientación sexual? *(marque uno ☒)*
- ❑ (1) Heterosexual o derecho
- ❑ (2) Bisexual
- ❑ (3) Gay, lesbiana, o homosexual
- ❑ (4) Otra orientación, especifique: _____

8) ¿Ha tenido sexo con una **mujer** durante el último año (12 meses)? *(marque todos los que correspondan ☒)*
- ❑ (1) Sexo vaginal *(pene en vagina)*
- ❑ (1) Sexo anal *(pene en ano (trasero))*
- ❑ (1) Sexo oral *(boca en pene, vagina o ano)*
- ❑ (1) No he tenido sexo con una mujer durante el último año.

9) ¿Ha tenido sexo con un **hombre** durante el último año (12 meses)? *(marque todos los que correspondan ☒)*
- ❑ (1) Sexo vaginal *(pene en vagina)*
- ❑ (1) Sexo anal *(pene en ano (trasero))*
- ❑ (1) Sexo oral *(boca en pene, vagina o ano)*
- ❑ (1) No he tenido sexo con un hombre durante el último año.

10) ¿Ha tenido sexo durante el último año con un trabajador sexual o prostituta (habiendo pagado o no)? ❑ (1) Sí ❑ (0) No

11) ¿Ha tenido sexo durante el último año con alguien que se inyecta drogas? ❑ (1) Sí ❑ (0) No

12) ¿Ha tenido sexo durante el último año con alguien que usted conoce que tiene VIH o SIDA? ❑ (1) Sí ❑ (0) No

13) Si es **mujer**, ¿durante el último año ha tenido sexo con un hombre que haya tenido sexo con otro hombre? ❑ (1) Sí ❑ (0) No

14) ¿Ha utilizado una aguja para inyectarse drogas durante el último año? ❑ (1) Sí ❑ (0) No

15) ¿Ha utilizado metanfetaminas, speed, crank, cristal, cocaína o crack durante el último año? ❑ (1) Sí ❑ (0) No

16) ¿Ha recibido drogas, dinero u otros artículos o servicios por sexo durante el último año? ❑ (1) Sí ❑ (0) No

17) ¿Algún proveedor de servicio médicos le avisó a usted que tiene gonorrea o sífilis durante el último año? ❑ (1) Sí ❑ (0) No

18) ¿Algún proveedor de servicio médico le avisó alguna en el pasado que usted tiene hepatitis C? ❑ (1) Sí ❑ (0) No

19) ¿Alguna vez utilizó una aguja para inyectarse drogas en el pasado? ❑ (1) Sí ❑ (0) No

20) ¿Cuántos exámenes de VIH/SIDA se ha hecho antes?
☐☐ *(marque cero si nunca se hizo un exámen hasta hoy)*

Si ha tenido un exámen del VIH/SIDA antes, ¿Cuál es la fecha de su último exámen?
☐☐ / ☐☐☐☐
Mes Año

Si ha tenido un exámen del VIH/SIDA antes, ¿Cuál fue el resultado? *(marque uno ☒)*
- ❑ (1) Negativo *(Sin infección de VIH)*
- ❑ (2) Positivo *(Se encontró infección de VIH)*
- ❑ (6) Otro resultado, especifique: _____
- ❑ (5) Nunca recibí un resultado

¡Gracias! Por favor, devuelva este formulario completo ahora.

Unique Office of AIDS Client Number

PARA USO CLÍNICO EXCLUSIVAMENTE

ADMINISTRATIVE

Data entry initials: ☐☐☐☐

☐(1) **Mark ☒ if no billing**

CLIENT ASSESSMENT

Assessment initials: ☐☐☐☐

Initial intervention:
☐(1) LR low-level *(indicate transition)*
☐ LR high-level *(CIF required)*
☐ HR high-level *(CIF required)*

Transition to high-level?
☐ Yes *(CIF required)* ☐(0) No

Local variance used?
☐ Yes *(CIF required)* ☐(0) No

Agency ID: ☐☐☐☐

Intervention: _____

Intervention ID: ☐☐☐☐☐

Location ID: ☐☐☐☐☐

HIV test election: *(mark one ☒)*
☐(1) Tested anonymously
☐(2) Tested confidentially
☐(3) Client declined testing
☐(4) HIV test not offered

(date and initial)	**Date** *(mm/dd/yy)*	**Initials** *(print)*
Intervention session:	☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐
Disclosure session: *(same date as intervention for rapid tests)*	☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐
Reschedule attempt: *(for missed HIV confidential disclosures)*	☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐

Reschedule attempt outcome: *(mark one ☒ if no HIV disclosure)*
☐(1) Unable to locate/contact ☐(3) Obtained HIV results elsewhere
☐(2) Client declined notification ☐(4) Rescheduled but client did not return

Note: CIF is required for all preliminary positive rapid tests.

OTHER TESTING

Referred for hepatitis C testing? *(mark one ☒)*
☐ Yes *(CIF required)* ☐ No

Additional tests this visit: *(mark all that apply ☒)*
☐(1) No additional tests ☐(1) Tuberculosis (TB)
☐(1) Hepatitis B ☐(1) Syphilis ☐(1) Gonorrhea
☐(1) Chlamydia ☐(1) Other STD *(other than HIV)*

HIV TEST SUMMARY

Final HIV test result: *(mark one ☒)*
(attach lab slips/ Testing Incident Report)
☐(1) Negative
☐ Positive *(CIF required)*
☐ Preliminary positive *(CIF required)*
(no confirmatory sample taken)
☐ Inconclusive *(CIF required)*
☐ Discordant *(CIF required)*
☐(6) Invalid
☐ Other result, specify *(CIF required)*

OPTIONAL DATA

Item 1:

Item 2:

Item 3:

Item 4:

NOTES

HR = High-Risk Client LR = Low-Risk Client CIF = HIV Counseling Information Form STD = Sexually Transmitted Disease or Infection

Place additional lab stickers here:	LAB SLIP #2	LAB SLIP #3	LAB SLIP #4	LAB SLIP #5