

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CLIENTE

Único Numero de Cliente
De la Oficina de SIDA

INSTRUCCIONES: Por favor conteste las siguientes preguntas. Marque una respuesta para cada pregunta a menos que se indique lo contrario. Todas sus respuestas son de carácter voluntario y totalmente confidencial. Si usted necesita ayuda, por favor solicítela a la persona que le entregó este formulario.

- ¿Cuál es su género de identidad sexual?
 - (1) Masculino
 - (2) Femenino
 - (3) Transexual (hombre a mujer)
 - (4) Transexual (mujer a hombre)
 - (5) Otra identidad, especifique: _____
- ¿Cuál fue su sexo biológico al nacer?
 - (1) Masculino
 - (2) Femenino
 - (3) Intersexual
- ¿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 del Pacífico, especifique: _____
 - (1) Hispano / Latino(a), especifique: _____
 - (1) Blanco
 - (1) No conozco mi raza étnica.
- ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Mes			Día			Año			
- ¿Cuál es la primera letra de su apellido?
- ¿En qué condado vive usted? _____
- ¿En qué estado vive usted? _____
- ¿Cuál es su código postal?

--	--	--	--	--	--
- ¿Cuál es su estado actual de vivienda?
 - (1) Sin hogar
 - (2) Hogar inestable *(en riesgo de perder la vivienda)*
 - (3) Hogar estable
- ¿Cuál fue su situación de vivienda más severa en los últimos 12 meses?
 - (1) Sin hogar
 - (2) Hogar inestable *(en riesgo de perder la vivienda)*
 - (3) Hogar estable

- ¿Ha estado usted en la cárcel o en la prisión por más de 24 horas in los últimos 12 meses? (1) Sí (0) No
- ¿Vive con regularidad en varios lugares distintos a través del año por causa del trabajo? (1) Sí (0) No
- ¿Cuáles de las siguientes opciones se acerca más a su orientación sexual?
 - (1) Heterosexual o derecho
 - (2) Bisexual
 - (3) Gay, lesbiana, homosexual, amanerado, o amante de las personas del mismo sexo
 - (4) Otra orientación, especifique: _____
 - (5) No conozco mi orientación sexual.
- ¿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) Otra cobertura, especifique: _____
- ¿Le han hecho un exámen del VIH/SIDA antes de hoy?
 - (1) Sí (0) No (8) Yo no sé

Si la respuesta es Sí, ¿cuál fue el último resultado del exámen que usted recibió?

 - (1) Negativo *(Sin infección de VIH)*
 - (2) Positivo *(Se encontró infección de VIH)*
 - (3) Positivo preliminar *(la prueba rápida no está confirmada)*
 - (4) Otro resultado *(inconcluso, discordante, o no válido)*
 - (5) Yo no conozco el resultado de mi último exámen.

Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de su último examen?

Mes				Año			

16. ¿Ha tenido sexo vaginal (*el pene en la vagina*) o sexo anal (*el pene en el ano*) 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***)

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

18. ¿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 (*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

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

20. ¿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)*)

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

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

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

--	--	--

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

⁽¹⁾ Sí ⁽⁰⁾ No

24. ¿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

25. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma usted en un día normal cuando está bebiendo?

--	--

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

⁽¹⁾ Estimulantes (*metanfetamina, piedra de cocaína, cristal, cocaína, o vidrio*)

⁽¹⁾ Heroína

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

⁽¹⁾ Poppers (*nitrito de amilo*)

⁽¹⁾ No he utilizado ninguno de estas drogas.

27. ¿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

28. ¿Alguna vez ha utilizado una aguja para inyectarse drogas?

⁽¹⁾ Sí ⁽⁰⁾ No

29. ¿Algún médico o proveedor de servicios le ha dicho alguna vez que usted tiene hepatitis C? ⁽¹⁾ Sí ⁽⁰⁾ No

30. ¿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.

31. ¿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:

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