

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.) ¿Cuántas 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 (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

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 AQUÍ. **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:

¿Recibe tratamiento? (1) Sí (0) No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de su última cita con el medico?

--	--	--	--	--	--

 (mes/día/año)

¿Usted toma medicamentos para el VIH?

- (1) Sí (0) No

En caso afirmativo, en los últimos tres días, sin incluir el día de hoy, ¿cuántos días se ha tomado usted correctamente todas sus medicinas contra el VIH?

- (1) Cero
- (2) Una
- (3) Dos
- (4) Tres

¿Cuál fue su cuenta de CD4 más reciente? _____

¿Cuál de su carga viral más reciente? _____

¿Carga viral indetectable? (1) Sí (0) No

¿Díganos 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.