

INSTRUCCIONES

- Rellene la totalidad del círculo con una marca negra
- Al borrar, no deje restos de la marca
- **NO** marque fuera del círculo designado
- **NO** doble este formulario
- * Indicate priority questions for abbreviated interviews

MARCA CORRECTA



MARCAS INCORRECTAS



NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

VISITA No.
5 6 0
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

HORA DE INICIO		
HORA	MIN	
0	0	0
10	1	10 1
2	20	2
3	30	3
4	40	4
5	50	5
6		6
7		7
8		8
9		9

FECHA		
MES	DÍA	AÑO
<input type="radio"/> Ene		
<input type="radio"/> Feb		
<input type="radio"/> Mar	0	0
<input type="radio"/> Abr	1	1
<input type="radio"/> May	2	2
<input type="radio"/> Jun	3	3
<input type="radio"/> Jul	4	4
<input type="radio"/> Ago	5	5
<input type="radio"/> Sep	6	6
<input type="radio"/> Oct	7	7
<input type="radio"/> Nov	8	8
<input type="radio"/> Dic	9	9

* 1. Vamos a empezar con unas condiciones médicas. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿fue diagnosticado con **ALGUN** tipo de cáncer? Nos interesamos todos los cancers, como sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkiniano, cáncer anal, cáncer de pulmón, cáncer de próstata, linfoma cerebral primario, la enfermedad de Hodgkin, y la enfermedad de Castleman.

No → **PASE A LA PREG. 2**

Sí ↓

a SI LA RESPUESTA ES Sí: ¿En qué parte del cuerpo tuvo el cáncer (la enfermedad de Castleman) y qué tipo de cáncer le dijeron que era?

1) Sitio	0 1M 2M 3M 4M 5M 6M 7M 8M 9M
Tipo	0 100 200 300 400 500 600 700 800 900
	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2) Sitio	0 1M 2M 3M 4M 5M 6M 7M 8M 9M
Tipo	0 100 200 300 400 500 600 700 800 900
	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

b ¿En qué mes y año recibió el diagnóstico por primera vez desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

	E F M A M J J A S O N D
	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

	E F M A M J J A S O N D
	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

c ¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)?

Nombre del hospital, clínica o médico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Fecha _____

c ¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)?

Nombre del hospital, clínica o médico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Fecha _____

OBTENGA PERMISO MÉDICO

3/8" spine perf

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO



SERIAL #

* 2. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿fue diagnosticado con alguna enfermedad relacionada con el SIDA, aparte del sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkiniano o linfoma cerebral primario?

- No
- Sí

PASE A LA PREG. 3

a SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuál fue el diagnóstico? (Vea el apéndice 7 en la guía de la lista de diagnósticos del SIDA)	b ¿En qué mes y año recibió el diagnóstico por primera vez desde su última visita [en (MES, AÑO)]?																																																																
1) Tipo <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 10px;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																									<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 10px;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																								
2) Tipo <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 10px;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																									<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 10px;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																								

c ¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)?

Nombre del hospital, clínica o médico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Fecha _____

c ¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)?

Nombre del hospital, clínica o médico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Fecha _____

* 3. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿fue diagnosticado con pulmonía?

- No
- Sí

PASE A LA PREG. 4

a ¿En qué mes y año desde su última visita [en (MES, AÑO)] se diagnosticó por primera vez?

b ¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la afección?

Nombre del hospital, clínica o médico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Fecha _____

Notas del clínico: Método de diagnóstico

Las siguientes preguntas están relacionadas con la tuberculosis, o TB.

* 4A. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿le han hecho una prueba cutánea para la tuberculosis, conocida también como prueba PPD?

NO SÍ

PASE A LA PREG. 5

B. SI ES ASÍ. ¿Cuándo fue su última prueba?

		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

C. ¿Fue positivo el resultado?

NO SÍ

* 5. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha tenido una infección de tuberculosis activa?

OBTENGA PERMISO MÉDICO

* 6.A. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha sido ingresado al hospital por algún motivo? Incluya hospitalizaciones y procedimientos ambulatorios.

No → PASE A LA PREG. 7

Sí → ¿Cuántas veces (por separado) acudió al hospital como paciente desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

OBTENGA PERMISO PARA REVISAR LOS EXPEDIENTES, APUNTE EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL. SI FUE HOSPITALIZADO DEBIDO A UNA CONDICIÓN CARDIOVASCULAR, OBTENGA LOS EXPEDIENTES COMPLETOS DEL HOSPITAL. REPASE LAS DIRECTIVAS PARA INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS.

B. Dígame sobre (esa estadía en el hospital / el procedimiento que le hicieron como paciente ambulatorio / cada una de estas ocasiones) empezando por la estadía más reciente o el procedimiento más reciente como paciente ambulatorio.

(1) a. ¿En qué fecha fue su hospitalización más reciente?

MES		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
DÍA		0	10	20	30	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
AÑO		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12		

b. ¿Por cuántas noches estuvo hospitalizado en esa ocasión? SI ES PACIENTE EXTERNO: LLENE EL CERO

		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

NOCHES

c. ¿Por qué enfermedad o problema fue hospitalizado y cuál es el nombre y la dirección del hospital? ANOTE TODOS LOS DETALLES EN LAS PALABRAS DEL ENTREVISTADO

<p>¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)?</p> <p>SI EXISTE RELACIÓN CON EL SIDA, MÁRQUELO SEGÚN CORRESPONDA EN LAS PREGUNTAS 1 a 3.</p> <p>Nombre del hospital, clínica o médico</p> <p>Dirección</p> <p>Ciudad Estado Fecha</p>	<p>1) Diagnóstico o procedimiento</p>	<p>Bubble in leading zero</p> <p>V E P</p> <p>0 100 200 300 400 500 600 700 800 900</p> <p>0 10 20 30 40 50 60 70 80 90</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>
	<p>2) Diagnóstico o procedimiento</p>	<p>V E P</p> <p>0 100 200 300 400 500 600 700 800 900</p> <p>0 10 20 30 40 50 60 70 80 90</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>

SI SÓLO HUBO UNA HOSPITALIZACIÓN (VEA LA RESPUESTA A 6A), PASE A LA PREG. 7

SERIAL #

6.B.(2) a. ¿En qué fecha fue su visita anterior más reciente al hospital?

MES		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
DÍA		0	10	20	30								
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
AÑO		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

b. ¿Por cuántas noches estuvo hospitalizado en esa ocasión? **SI ES PACIENTE EXTERNO: LLENE EL CERO**

	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	NOCHES
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

(2) c. ¿Por qué enfermedad o problema fue hospitalizado y cuál es el nombre y la dirección del hospital?

ANOTE TODOS LOS DETALLES EN LAS PALABRAS DEL ENTREVISTADO

<p>¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)?</p> <p>SI EXISTE RELACIÓN CON EL SIDA, MÁRQUELO SEGÚN CORRESPONDA EN LAS PREGUNTAS 1 a 3.</p>	1) Diagnóstico o procedimiento	V	E	P							
		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nombre del hospital, clínica o médico											
Dirección	2) Diagnóstico o procedimiento	V	E	P							
		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ciudad											
Estado											
Fecha											

d. ¿Tuvo otra hospitalización anterior o procedimiento como paciente ambulatorio desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

No → **PASE A LA PREG. 7**
 Sí

SI HA TENIDO MÁS DE 2 ESTADÍAS EN EL HOSPITAL O PROCEDIMIENTOS COMO PACIENTE AMBULATORIO DESDE LA ÚLTIMA VISITA [EN (MES, AÑO)], MÁRQUELO AQUÍ Y UTILICE LA HOJA DE CONTINUACIÓN.

7. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha consultado usted a un profesional de salud mental o ha sido hospitalizado o ha recibido medicamentos bajo receta para recibir tratamiento por la depresión?

No
 Sí
 No sé

SI ES ASÍ: ¿En qué mes y año fue la ocasión más reciente?

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

8. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿alguna vez se ha sometido a una evaluación neurológica o a un examen físico para detectar problemas del sistema nervioso (el cerebro, la columna vertebral, los nervios del pie o de la mano)?

No
 Sí

ANOTE DIAGNÓSTICOS NEUROLÓGICOS NUEVOS EN Q10.CC.i

This does not include any PAP smears performed as part of the MACS Anal Health Study.

*

9.A.(1) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿le han hecho una prueba de Papanicolaou anal por fuera del estudio MACS? (Un médico u otro proveedor de servicios médicos coleccionó una muestra del canal anal, o en la parte interna del recto, para buscar células cancerosas.)

- No → PASE A LA PREG. 9.B
- Sí
- No sé → PASE A LA PREG. 9.B

(2) ¿En qué mes y año le hicieron la prueba de Papanicolaou?

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

(3) ¿Fue anormal el resultado?

- No → PASE A LA PREG. 9.B
- Sí → OBTENGA PERMISO MÉDICO
- No se puede evaluar/no lo sé → OBTENGA PERMISO MÉDICO

**¿Cuál es el nombre del doctor que realizó la prueba?
¿Dónde se la hicieron?**

Nombre del médico

Nombre del hospital, centro o clínica

Ciudad Estado Fecha

9.B. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿le ha introducido un médico u otro proveedor de servicios médicos instrumento o sonda en forma de tubo en el ano o recto para buscar unas hemorroides, fisuras, infecciones y algún tipo de cáncer?

- No
- Sí
- No lo sé

*9.C.(1) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿le han hecho alguna biopsia del piel, ano, región anal u otro tejido y órgano? Por biopsia, entendemos la extracción de cualquier tejido o glándula para examinarlos bajo el microscopio. **LEA:** Esto incluye cualquier biopsia que le hayan tomado como parte del estudio de salud anal de MACS.

- No
- Sí

REVISE LA RESPUESTA A LA PREG. 1. SI HUBO UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, PRESENTE EL TEMA Y VUELVA A PREGUNTAR. DE LO CONTRARIO, PASE A LA PREG. 10

(2) ¿Cuántas veces le hicieron una biopsia desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

VECES

(3) Por cada biopsia, conteste las siguientes preguntas:

a ¿En qué parte del cuerpo?	b ¿Cuál fue el diagnóstico o el resultado de la biopsia?	c ¿Cuál es el nombre del doctor que realizó la biopsia? ¿Dónde y cuándo se la hicieron?																														
<p>1) Especifique:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;">10</td><td style="width: 20px; height: 20px;">20</td><td style="width: 20px; height: 20px;">30</td><td style="width: 20px; height: 20px;">40</td><td style="width: 20px; height: 20px;">50</td><td style="width: 20px; height: 20px;">60</td><td style="width: 20px; height: 20px;">70</td><td style="width: 20px; height: 20px;">80</td><td style="width: 20px; height: 20px;">90</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px;">6</td><td style="width: 20px; height: 20px;">7</td><td style="width: 20px; height: 20px;">8</td><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td> </tr> </table>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Especifique:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px;">6</td><td style="width: 20px; height: 20px;">7</td><td style="width: 20px; height: 20px;">8</td><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Nombre del médico</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Nombre del hospital, centro o clínica</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Ciudad Estado Fecha</p>
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																							
<p>2) Especifique:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;">10</td><td style="width: 20px; height: 20px;">20</td><td style="width: 20px; height: 20px;">30</td><td style="width: 20px; height: 20px;">40</td><td style="width: 20px; height: 20px;">50</td><td style="width: 20px; height: 20px;">60</td><td style="width: 20px; height: 20px;">70</td><td style="width: 20px; height: 20px;">80</td><td style="width: 20px; height: 20px;">90</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px;">6</td><td style="width: 20px; height: 20px;">7</td><td style="width: 20px; height: 20px;">8</td><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td> </tr> </table>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Especifique:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px;">6</td><td style="width: 20px; height: 20px;">7</td><td style="width: 20px; height: 20px;">8</td><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Nombre del médico</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Nombre del hospital, centro o clínica</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Ciudad Estado Fecha</p>
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																							
<p>3) Especifique:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;">10</td><td style="width: 20px; height: 20px;">20</td><td style="width: 20px; height: 20px;">30</td><td style="width: 20px; height: 20px;">40</td><td style="width: 20px; height: 20px;">50</td><td style="width: 20px; height: 20px;">60</td><td style="width: 20px; height: 20px;">70</td><td style="width: 20px; height: 20px;">80</td><td style="width: 20px; height: 20px;">90</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px;">6</td><td style="width: 20px; height: 20px;">7</td><td style="width: 20px; height: 20px;">8</td><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td> </tr> </table>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Especifique:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px;">6</td><td style="width: 20px; height: 20px;">7</td><td style="width: 20px; height: 20px;">8</td><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Nombre del médico</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Nombre del hospital, centro o clínica</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Ciudad Estado Fecha</p>
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																							

OBTENGA PERMISO MÉDICO

3/8" spine perf

3/8" spine perf

10. Le voy a preguntar acerca de otras NUEVAS condiciones médicas, achaques o desordenes. ¿Le han dado una diagnosis por alguna de estas condiciones médicas desde su ultima visita en (MES/AÑO)?

	NO	SÍ
A. Muguet (levadura en la boca)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Sinusitis (una infección en los espacios paranasales que requiere antibióticos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Bronquitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. La disfunción eréctil (problemas en la erección)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Presión sanguínea alta o hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F. Colesterol alto, triglicéridos elevados, lípidos elevados o demasiada grasa en la sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G. Niveles elevados de azúcar en la sangre o diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H. Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SI ES ASÍ: ¿qué tipo?:		
(Lea y conteste cada una)		
Reumática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artrosis o degenerativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sabe qué tipo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Especifique:

Pregunte si está en el estudio CVD2 y si tiene visitas de seguimiento. Si es así obtenga el permiso médico.

*I. Angina, o dolor del pecho causado por el corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*J. Ataque al corazón o infarto de miocardio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*K. Insuficiencia cardiaca congestiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*L. Derrame cerebral o accidente cerebro-vascular (ACV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*M. Mini-derrames cerebrales o ataques isquémicos transitorio (AIT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*N. Latidos cardíacos demasiado rápidos, demasiado lentos o irregulares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*O. Vasos sanguíneos (arterias) obstruidos o cerrados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*P. Operación u otro procedimiento, tal como angioplastia, para abrir vasos sanguíneos obstruidos del corazón u otras partes del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*Q. Coágulo de sangre en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*R. Enfermedad/Fallo de los riñones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S. Enzima elevado del hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T. Hueso quebrado o fracturado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBTENGA PERMISO MEDICO SI APARECE EN NEGRITA

SI DIJO "NO," PASE A Q

T.2 ¿Qué se fracturó?

Especifique:

	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

VEA EL APENDICE 9 EN LA GUÍA DE LISTA DE CODIGOS PARA SITIO DE FRACTURA.

Especifique:

	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

VEA EL APENDICE 9 EN LA GUÍA DE LISTA DE CODIGOS PARA SITIO DE FRACTURA.

Especifique:

	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

VEA EL APENDICE 9 EN LA GUÍA DE LISTA DE CODIGOS PARA SITIO DE FRACTURA.

T3. Le ocurrió la fractura... (Seleccione una opción)

- sin ningún trauma ni caída (es decir, sin ser por alguna fuerza externa: Por ejemplo, fractura de costillas al toser, fractura de la columna vertebral por levantar una caja pesada)
- a raíz de una caída de la altura al estar parado o menos (incluye caídas por resbalarse o tropezarse)
- por una caída más dura (por ejemplo, caerse de las escaleras)
- por accidente automovilístico o alguna otra fuerza externa grave
- No sé

¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)?

Nombre del hospital, clínica o médico

Dirección

Ciudad Estado Fecha

¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)?

Nombre del hospital, clínica o médico

Dirección

Ciudad Estado Fecha

CC. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha acudido a un proveedor de servicios médicos, clínica, centro de tratamiento urgente, o sala de emergencias para consultarle acerca de alguna **OTRA** condición **NUEVA** o problema relacionado con las siguientes regiones?

a) La vista

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?

¿Cuál fue el diagnóstico?

NO Sí

PASE
A
b

Especifique:

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

b) Oídos, nariz, garganta, boca y senos nasales

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?

¿Cuál fue el diagnóstico?

NO Sí

PASE
A
c

Especifique:

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

c) Corazón y vasos sanguíneos

Pregunte si está en el estudio CVD2 y si tiene visitas de seguimiento. Si es así obtenga el permiso médico.

OBTENGA PERMISO MÉDICO

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?

¿Cuál fue el diagnóstico?

NO Sí

PASE
A
d

Especifique:

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

d) Pulmones y tubos bronquiales

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?

¿Cuál fue el diagnóstico?

NO Sí

PASE
A
e

Especifique:

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

e) Estómago, Intestinos o Enfermedad del Hígado

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?

¿Cuál fue el diagnóstico?

NO Sí

PASE
A
f

SI ENFERMEDAD DEL HÍGADO, OBTENGA PERMISO PARA OBTENER REGISTROS MÉDICOS

Especifique:

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

f) Los huesos, las articulaciones o los músculos

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?

¿Cuál fue el diagnóstico?

NO Sí

PASE
A
g

SI OSTEOPOROSIS, NECROSIS AVASCULAR O OSTEO NECROSIS, OBTENGA PERMISO PARA OBTENER REGISTROS MÉDICOS

Especifique:

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

g) Genital, urinario y rectal

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?

¿Cuál fue el diagnóstico?

NO Sí

PASE
A
h

Especifique:

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

h) La piel

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?

¿Cuál fue el diagnóstico?

NO Sí

PASE
A
i

Especifique:

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

i) Problemas del sistema nervioso que afectan cualquier parte del cuerpo

Vea el apéndice 9 en la guía para ver la lista de códigos para los diagnósticos neurológicos.

OBTENGA PERMISO MÉDICO

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?

¿Cuál fue el diagnóstico?

NO Sí

PASE
A
j

Especifique:

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

j) Tratamiento para la depresión, la ansiedad u otros problemas de salud mental

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?

¿Cuál fue el diagnóstico?

NO Sí

PASE
A
k

Especifique:

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CC. Continuación

k) Las hormonas o Sistema Endocrinal

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
¿Cuál fue el diagnóstico?

NO Sí

PASE
A

Especifique:

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

l) Otro

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
¿Cuál fue el diagnóstico?

NO Sí

PASE
A LA
PREG.
11.A

1.

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2.

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)?

Nombre del hospital, clínica o médico

Dirección

Ciudad Estado Fecha

¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)?

Nombre del hospital, clínica o médico

Dirección

Ciudad Estado Fecha

11.A. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes tipos de herpes, sin incluir el herpes zóster desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

NO Sí

- Herpes facial, fuegos/boqueras, o ampollas por fiebre
- Llagas en la región genital
- Llagas en las zonas del ano o el recto
- Llagas en alguna otra parte del cuerpo

SI DIJO QUE NO A LAS 4, PASE A LA PREG. 12

B. ¿Ocurrió el primer ataque de herpes desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

C. ¿Ha habido algún período desde su última visita [en (MES, AÑO)] durante el cual las llagas (de herpes) parecieron haberse presentado con mayor frecuencia, empeoraron o duraron más de lo normal?

12. ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o afecciones desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (LEA CADA UNA)

ENFERMEDAD O AFECCIÓN	TUVO LA ENFERMEDAD
	NO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>

A.1) Sífilis

SI DIJO "NO," PASE A LA PREG. B

A.2) ¿Fue este episodio una infección nueva o una continuación o recaída de una infección previa?

- infección nueva
- continuación o recaída

B) Algún tipo de gonorrea

SI DIJO "NO" A (B), PASE A (F)

C) Gonorrea uretral (gonorrea o secreción de la vía urinaria)

D) Gonorrea oral (de la boca o la garganta)

E) Gonorrea rectal (del recto)

F) Uretritis no específica o uretritis no gonocócica o clamidia (es decir, una secreción del pene que no ha sido causada por la gonorrea)

G.1) Verrugas genitales (condylomata acuminata)

SI DIJO "NO," PASE A LA PREG. H.1

G.2) ¿Fue este episodio una infección nueva o una continuación o recaída de una infección previa?

- infección nueva
- continuación o recaída

H.1) Verrugas anales (condylomata acuminata)

SI DIJO "NO," PASE A LA PREG. 13.A

H.2) ¿Fue este episodio una infección nueva o una continuación o recaída de una infección previa?

- infección nueva
- continuación o recaída

3/8" spine perf

13.A. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas o síntomas? Incluye aquellos debido a enfermedades o efectos secundarios debido a los medicamentos.

PROBLEMA O SÍNTOMA POR CADA SÍ EN a, PREGUNTE b, c, d, y e.	a		b		c		d			e	
	TUVO (CADA UNO) Ocurrió eso desde su última visita [en (MES, Año)]?		¿Duró 2 semanas o más?		¿Tiene este problema actualmente?		¿Experimentó Ud. este síntoma debido a tomar algún medicamento?			¿Es esto un nuevo problema?	
	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO SE	NO	SÍ
1) Mareos continuos durante por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Fatiga persistente (se siente cansado todo el tiempo) durante por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Fiebre persistente o recurrente de más de 100° F durante por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Dolores de cabeza persistentes, frecuentes o poco comunes durante por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Un nuevo problema cutáneo, salpullido o infección que haya durado por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Glándulas o ganglios linfáticos sensibles o hinchados (sin incluir la entrepierna) durante por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Diarrea por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Baños de sudor durante la noche en por lo menos 3 ocasiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Nausea, vómito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Dolor abdominal, hinchazón, calambres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Ascitis (acumulación de líquidos en el estómago o el abdomen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Ictericia (coloración amarilla de la parte blanca de los ojos, orina oscura o excrementos color de arcilla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Pérdida de peso no intencional de por lo menos 10 libras (no relacionada con dietas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Dolor o debilidad muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3/8" spine perf

13.A. Continuación

PROBLEMA O SÍNTOMA POR CADA SÍ EN a, PREGUNTE b, c, d, y e.	a		b		c		d			e	
	TUVO (CADA UNO) Ocurrió eso desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	¿Duró 2 semanas o más?	¿Tiene este problema actualmente?	¿Experimentó Ud. este síntoma debido a tomar algún medicamento?	¿Es esto un nuevo problema?	NO	SÍ	NO SÉ	NO	SÍ	
15) Dolor en las articulaciones	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO SÉ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ		
16) Pesadillas o sueños intensos	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO SÉ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ		
17) Insomnio o problemas para dormir	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO SÉ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ		
18) Boca seca persistente	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO SÉ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ		

13.B. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ha tenido:

	Si dijo NO, pase a la siguiente pregunta.		Si dijo SÍ, indique la gravedad.		Gravedad (0= Ninguna, 1= Poca, 10= Grave)		¿Experimentó este síntoma debido a tomar algún medicamento?			
	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO SÉ	NO	SÍ	NO SÉ
1. ¿Dolor, o ardor en los pies o las piernas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	Derecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Izquierda	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
2. ¿Punzadas o pinchazos en los pies o las piernas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	Derecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Izquierda	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
3. ¿Pies o piernas adormecidas (falta de sensibilidad)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	Derecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Izquierda	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			

3/8" spine perf

13.C.(1) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿experimentó pérdida de sangre anal en algún momento?

(Si el participante le pregunta el porqué: “La información que recogemos sobre síntomas ayudará a investigadores aprender la manera en que síntomas están relacionados con el riesgo de contraer ciertas enfermedades o dolencias. Entender esta relación ayudará a médicos y enfermeras a detectar y diagnosticar mejor las enfermedades.”)

- No → PASE A LA PREG. 15
 Sí

13.C.(2) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha experimentado algo de dolor con la pérdida de sangre anal?

- No → PASE A LA PREG. 13.C.(4)
 Sí

Si el participante le cuenta pérdida de sangre con dolor (Q13.C.(2) = Sí), informe a su coordinador(a) de clínica inmediatamente después de la entrevista.

13.C.(3) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿con qué frecuencia ha experimentado dolor con la pérdida de sangre anal?

- Raras veces Algunas veces La mayoría de las veces Todas las veces

13.C.(4) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha ocurrido la pérdida de sangre en alguna de las siguientes situaciones?

[LEA CADA UNO]

	NO	SÍ
a) Después de o durante relaciones sexuales anales receptivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Después de o durante una evacuación intestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Otras veces no relacionadas con relaciones sexuales o evacuaciones intestinales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SI NO HAY PÉRDIDA DE SANGRE EN OTRAS VECES (13.C.(4)c = NO), PASE A LA PREG. 15.

13.C.(5) Con respecto a *las otras veces* (que ha tenido pérdida de sangre anal), ¿con qué frecuencia ha experimentado pérdida de sangre desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

- Diariamente Semanalmente Mensualmente Menos de una vez al mes

* 15. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha tomado medicamentos o se ha sometido a tratamientos relacionados con el virus VIH? (Es decir, para suprimir la enfermedad o evitar enfermarse debido al VIH o para tratar la enfermedad relacionada con el virus VIH o SIDA excluyendo acyclovir.)

- No
Si

PASE A LA PREG. 15.A.(1)

15.A. SI DIJO NO: ¿Por qué decidió no tomar los medicamentos relacionados con el virus VIH? LEA CADA OPCIÓN Y MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS VÁLIDAS.

- No está infectado con el virus del SIDA (VIH)
El doctor dijo que no era necesario
No está enfermo
Son demasiado costosos
No cree que funcionan ni le van a ayudar
Posibles efectos secundarios
No puede tomarlos de la forma en que el doctor quiere (demasiadas píldoras, demasiadas veces al día o no se acordará de tomarlas)
Otra razón

PASE A LA PREG. 16

Especifique:

15.A.(1) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿algún doctor u otro proveedor de cuidados médicos le hizo un análisis sanguíneo para determinar si usted tiene virus VIH resistente a ciertas drogas? Refiero a los tipos de pruebas de resistencia a los medicamentos contra el VIH, que se llaman fenotipo o genotipo.

- No
Si

PASE A LA PREG. 15.B.(1) SI ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS PARA EL VIH DESDE SU ÚLTIMA VISITA

PASE A LA PREG. 16 SI NO ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS PARA EL VIH DESDE SU ÚLTIMA VISITA

(2) ¿Su tratamiento (medicamentos) ha sido cambiado a raíz de los resultados de dicha prueba?
No
Si
No sé

PASE A LA PREG. 16 SI NO ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS PARA EL VIH DESDE SU ÚLTIMA VISITA

* 15.B.(1) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha tomado algún medicamento o droga en esta lista? [MUESTRE LA LISTA 1 Y LAS FOTOS DE LOS MEDICAMENTOS]

- No
Si

PASE A LA PREG. 15.B.(3)

15.B.(2) Identifique los medicamentos que ha tomado a medida que le leo o le muestro cada uno.

PARE

LLENE EL GLOBO AL LADO DE LOS TRES MEDICAMENTOS Y LUEGO LLENE EL FORMULARIO 1 PARA CADA MEDICAMENTO.

- sulfato de abacavir (Ziagen) (218)
atazanavirina (Reyataz) (243)
Atripla (efavirenza + emtricitabine + tenofovirina) (262)
Combivir (zidovudina & lamivudina) (227)
d4T (Zerit, stavudina) (159)
darunavir (Prezista) (256)
didaoxinosina (Videx) (147)
efavirenza (Sustiva) (220)
emtricitabine (Emtriva, FTC) (239)
Epzicom (abacavir + lamivudina) (254)
Etravirine (Intelence, TMC-125) (255)
fosamprenavir (Lexiva) (249)
indinavir (Crixivan) (212)
lamivudina (Epivir, 3TC) (204)
lopinavir/ritonavir (Kaletra, LPV) (217)
mesilato de nelfinavir (Viracept) (216)
nevirapina (Viramune) (191)
Raltegravir (Isentress) (264)
ritonavir (Norvir) (211)
saquinavir (Invirase, Fortovase) (210)
tenofovirina (Viread) (234)
Trizivirina (abacavir + lamivudina + zidovudina) (240)
Truvada (emtricitabine + tenofovirina) (253)
zidovudina (Retrovir, AZT) (092)
Otra droga antirretroviral de la lista de drogas 1

(Reporte Acyclovir en Preg. 16.)

1. 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(3) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿dejó de tomar por lo menos 2 días seguidos todos los medicamentos recetados de su tratamiento antirretroviral?

- No
Si

PASE A LA PREG. 15.C

SI DIJO SÍ: ¿Cuántas veces sucedió esto?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

¿Le recomendó su médico que hiciera este(os) cambio(s) o estuvo el de acuerdo en que no tomara las medicinas?

- No
Si

¿Durante cuántos días dejó de tomarlo la última vez?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

SERIAL #

3/8" spine perf

* 15.C.(1) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha tomado algún medicamento o droga en la siguiente lista [MUESTRE LA LISTA # 2] para suprimir o prevenir alguna enfermedad causada por el VIH o para tratar las enfermedades relacionadas con el VIH o el SIDA?

- No → **PASE A LA PREG. 15.D**
 Sí

(2) Enumere los medicamentos que ha tomado.

PARE

LLENE EL CÍRCULO JUNTO AL MEDICAMENTO. PARA LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN EN LA LISTA, ESCRIBA EL NOMBRE BAJO "OTRO" COMO SE LO DIGA EL PARTICIPANTE Y RELLENE EL CÓDIGO (REFIERA A LA LISTA DE MEDICAMENTOS PARA EL FORMULARIO 2).

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> atovaquone (Mepron, BW566C80) (190)
<input type="radio"/> azitromicina (Zithromax) (152)
<input type="radio"/> Bactrim (Septra, TMP/SMX) (112)
<input type="radio"/> ciprofloxacín (Cipro) (153)
<input type="radio"/> clarithromicina (Biaxin) (184)
<input type="radio"/> co-enzima Q (196)
<input type="radio"/> medicamentos para aumentar el nivel de glóbulos blancos en la sangre (G-CSF, Neupogen) (157)
<input type="radio"/> Dapsone (113)
<input type="radio"/> DHEA (dihydroepiandrostedione) (161)
<input type="radio"/> eritropoietina (Epogen, Procrit, Aranesp) (117)
<input type="radio"/> etambutol (Myambutol) (137)
<input type="radio"/> fluconazole (Diflucan) (116)
<input type="radio"/> foscarnet (foscavir) (091) | <input type="radio"/> ganciclovir (Cytovene, DHPG, valcyte, valganciclovir) (125)
<input type="radio"/> interleukin 2 (IL-2) (096)
<input type="radio"/> Marinol (dronabinol) (547)
<input type="radio"/> Megace (acetato de megestrol) (123)
<input type="radio"/> NAC (N-acetyl cysteine) (188)
<input type="radio"/> Nandrolone (deca-durabolin) (232)
<input type="radio"/> Oxandrín (oxandrolone) (228)
<input type="radio"/> rifabutin (Micobutin, Ansamicin) (093)
<input type="radio"/> Serostim (hormona del crecimiento humano) (245)
<input type="radio"/> testosterona (Androgel, Androderm, Delatestryl, Striant, Testoderm, Virilon) (236) | <input type="radio"/> Otros en la lista de medicamentos # 2
(Reporte Acyclovir en Preg. 16.) |
|---|---|--|

1.

	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2.

	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

3.

	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

16. Ahora quiero preguntarle sobre drogas y medicamentos que usted pudiera haber tomado por otros problemas de salud. Estos incluyen medicamentos recetados, sin receta y otros que usted haya tomado por su cuenta desde su visita [en (MES, AÑO)].

PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN "NO" A OTROS MEDICAMENTOS (17a)	a		b	c	
SI DIJO "NO" A a, PASE AL SIGUIENTE ELEMENTO	¿(Nombre de la droga) La ha tomado o usado desde su última visita [en (MES, AÑO)]?		¿Cuál fue el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó y para qué lo tomó?	¿Ha tomado alguno en los últimos cinco días (ASPIRINA: en la última semana)?	
	NO	Sí	Nombre:	NO	Sí
1) Esteroides por vía oral o intravena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Hormona o medicamento para la tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Otras hormonas tales como esteroides anabólicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Antibióticos tales como penicilina, tetraciclina, eritromicina, o sulfá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Continuación

PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN “NO” A OTROS MEDICAMENTOS (17a)	a ¿(Nombre de la droga) La ha tomado o usado desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Cuál fue el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó y para qué lo tomó?	c ¿Ha tomado alguno en los últimos cinco días (ASPIRINA: en la última semana)?																																												
SI DIJO “NO” A a, PASE AL SIGUIENTE ELEMENTO																																															
5) Tranquilizantes o píldoras para dormir	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>																																												
6) Antidepresivos o estimulantes del ánimo	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																												
7) Litio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																												
8) Aciclovir, famciclovir, zovirax, famvir, valtrex o valaciclovir para herpes SI DIJO SÍ, tomó este medicamento: ¿cada día? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí ¿sólo cuando tenía lesiones activas? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																												
9) Viagra, Cialis, Levitra u otros medicamentos que fueron recetados por un proveedor de servicios médicos para tratar la disfunción eréctil.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																												
10) Aspirina ingerida durante tres o más días en el transcurso de una semana	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																												
11) Medicamentos para reducir el colesterol, los triglicéridos, lípidos o la grasa en la sangre a. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.12	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
b. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.12	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
c. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.12	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					

3/8" spine perf

SERIAL #

16. Continuación

<p>PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN “NO” A OTROS MEDICAMENTOS (17a)</p>	<p>a ¿(Nombre de la droga) La ha tomado o usado desde su última visita [en (MES, AÑO)]?</p>	<p>b ¿Cuál fue el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó?</p>	<p>c ¿Ha tomado alguno en los últimos cinco días (ASPIRINA: en la última semana)?</p>																																												
<p>SI DIJO “NO” A a, PASE AL SIGUIENTE ELEMENTO</p>	<p>NO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 16.13</p>	<p>Nombre:</p>	<p>NO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/></p>																																												
<p>12) Medicamentos para tratar la hipertensión</p> <p>a.</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 16.13</p>	<p>Nombre:</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>b.</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 16.13</p>	<p>Nombre:</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>c.</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 16.13</p>	<p>Nombre:</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>d.</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 16.13</p>	<p>Nombre:</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>e.</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 16.13</p>	<p>Nombre:</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>13) Medicamentos para tratar diabetes</p> <p>a.</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 16.14</p>	<p>Nombre:</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>b.</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 16.14</p>	<p>Nombre:</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>c.</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 16.14</p>	<p>Nombre:</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					

3/8" spine perf

16. Continuación

PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN "NO" A OTROS MEDICAMENTOS (17a)	a ¿(Nombre de la droga) La ha tomado o usado desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Cuál fue el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó?	c ¿Ha tomado alguno en los últimos cinco días (ASPIRINA: en la última semana)?																																	
SI DIJO "NO" A a, PASE AL SIGUIENTE ELEMENTO																																				
14) Medicamentos para tratar la hepatitis a. <table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.15	Nombre: 	NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
b. <table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.15	Nombre: 	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										

PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN "NO" A OTROS MEDICAMENTOS (17a). SI DIJO "NO" A a, PASE A LA PREG. 17.A.																																															
a ¿Ha tomado o usado algún otro medicamento desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Cuál fue el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó?	c ¿Para qué tomó este medicamento?	d ¿Ha tomado alguno en los últimos cinco días?																																												
15) Otro a. NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Usado para: 	NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
b. NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Usado para: 	NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
c. NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Usado para: 	NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
d. NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Usado para: 	NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
e. NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Usado para: 	NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					

3/8" spine perf

16. Continuación

PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN “NO” A OTROS MEDICAMENTOS (17a). SI DIJO “NO” A a, PASE A LA PREG. 17.A.

a ¿Ha tomado o usado algún otro medicamento desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Cuál fue el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó?	c ¿Para qué tomó este medicamento?	d ¿Ha tomado alguno en los últimos cinco días?																																												
<p>15) Otro</p> <p>f. NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>g. NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>h. NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>i. NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>j. NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>k. NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					

3/8" spine perf

Ahora me gustaría preguntarle sobre su seguro médico actual.

17.A. Desde su última visita en (MES, AÑO), ¿ha recibido asistencia de ADAP (Program de Ayuda para Obtener Medicinas para el SIDA)?

- No
- Sí

17.B. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha tenido algún seguro médico, tal como una organización HMO, Blue Cross o Medicare?

No → **SI LA RESPUESTA ES NO, PASE A LA PREGUNTA 17.C**

Sí – ¿ha tenido? NO sí

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1) Seguro por un "HMO" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2) Seguro privado a través de un grupo (Blue Cross, CIGNA, etc.) (no como un "HMO") | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3) Seguro individual privado (Blue Cross, CIGNA, etc.) (no como un "HMO") | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4) Medicaid, Medi-Cal, o Asistencia Médica | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5) Medicare (para personas mayores de 65 años o con una incapacidad permanente) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6) Beneficios de salud para las Fuerzas Armadas o la Administración de Veteranos, TRICARE, seguro médico CHAMPUS o CHAMP-VA para familiares a cargo de personal militar o familiares de veteranos incapacitados. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7) Ryan White | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8) Otro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Especifique:

17.C. ¿Tenía seguro médico que cubre todo o parte del costo de sus medicamentos?

- No
- Sí

SI NO SEGURO MÉDICO Y NO SEGURO PARA LAS RECETAS (Q 17B Y 17C = NO), PARA LA PREG. 19.

18. ¿Tiene seguro ahora?

- No
- Sí

19. ¿Tuvo Ud. algún tipo de seguro dental desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

- No
- Sí

20. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha acudido a ALGUNA de las siguientes instituciones para recibir cuidado médico externo? (PREGUNTE SOBRE CADA OPCIÓN) (No se incluyen los cuidados de salud dental, cuidados de salud mental, cuidados de salud domésticos, ensayos clínicos, u otros estudios investigativos incluyendo los del MACS.) [MUESTRE LA TARJETA CON EJEMPLOS DE CADA CATEGORÍA.]

SERVICIO	a ¿Ha utilizado alguno (diga cada opción) desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Cuántas veces? (99 = 99 ó más)																				
1) HMO	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9													
2) Consultorio médico o una clínica especializada (que no sea de un HMO) incluyendo clínica de urgencias	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9													
3) Cualquier otra clínica	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9													
4) Sala de urgencias	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9													
5) Otro servicio como paciente ambulatorio (Especifique a continuación)	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 21	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9													

Especifique:

21. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿Ha visto a un:

SERVICIO	a ¿Ha visto a uno/a desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Cuántas veces? (99 = 99 ó más)																				
1) Proveedor de servicios de salud dental (por ejemplo, un dentista o higienista dental)	NO <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 21.a SÍ <input type="radio"/>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9													

21.a. También estamos interesados en sus hábitos de higiene oral, los cuales pueden afectar la transmisión de infecciones. ¿Qué tan seguido de cepilla los dientes usualmente?

- No me los cepillo
- Menos de una vez al día
- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día

3/8" spine perf

22.A. ¿Hubo alguna ocasión desde su última visita [en (MES, AÑO)] en que no buscó atención médica, o dental, o en que no obtuvo medicamentos bajo receta que creyó necesitar?

- No
 Sí

PASE A LA PREG. 23.A

B. SI ES ASÍ: ¿Por qué no buscó atención o obtuvo medicamentos con receta?

[LEA CADA OPCIÓN Y MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS VÁLIDAS]

- Motivos financieros
 Otros motivos no financieros

Especifique:

23.A. ¿Hay algo más que yo no le haya preguntado y que usted piense que deberíamos saber?

- No, nada más
 Sí

AGRADEZCA AL PARTICIPANTE Y PASE A LA PREG. 24

B. Lo escucho. ANOTE TODO LO QUE EL ENTREVISTADO DIGA EN SUS PROPIAS PALABRAS

Large empty box for handwritten notes with horizontal lines.

24. Administration of Behavior Section

- S4 interview
 MWII (ACASI)
 Participant refused behavior section

25. S4 telephone interview?

- No
 Yes

If the participant does not complete the MWII (ACASI), administer the entire S4 and scannable paper versions of the full QOL and S2/S3.

26. S4 home visit interview?

- No
 Yes

27.

Entrevista abreviada

- No
- Sí

Fecha en que se terminó la entrevista

HORA EN QUE TERMINÓ

HORA		MIN		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AM
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PM
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Firma del entrevistador

NÚMERO DEL ENTREVISTADOR

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28.

IDENTIFICACIÓN DE CLÍNICA

- BA Moore clinic
- BA Whitman Walker
- CH Howard Brown
- CH Northwestern
- CH CORE
- PI
- LA Wilshire
- LA LAGLC
- LA Harbor

Behavior Section begins here.

Administer by MWII (ACASI) unless participant actively requests S4 interview.

Cuestionario Sobre Medicamentos Anti-VIH (PPRE o PPE)

Se ha observado que algunas personas que NO están infectadas con VIH toman medicamentos anti-VIH para tratar de evitar adquirir el VIH cuando tienen sexo.

29. En los últimos 2 años, ha usado usted medicamentos anti-VIH, bien sea antes de exponerse al VIH o después de una posible exposición al VIH, para tratar de evitar que USTED se infectara con VIH? Esto es a veces llamado PPRE (profilaxis pre-exposición) o PPE (profilaxis post-exposición).

- No → (PASE A LA PREG 30)
- Sí
- No recuerda → (PASE A LA PREG 30)
- Infectadas con VIH (no aplica) → (PASE A LA PREG 30)

	1er Medicamento	2º Medicamento	3er Medicamento
29.a. ¿Qué medicamentos anti-VIH tomó? Muestre la lista de medicamentos y las fotos. Anote todos los medicamentos mencionados y haga las siguientes preguntas para cada medicamento.	<input type="radio"/> Truvada (253) <input type="radio"/> Emtriva (FTC) (239) <input type="radio"/> Viread (tenofovir) (234) <input type="radio"/> Atripla (262) <input type="radio"/> Epzicom (254) <input type="radio"/> Isentress (Raltegravir) (264) <input type="radio"/> Nevirapine (Viramune) (191) <input type="radio"/> Norvir (Ritonavir) (211) <input type="radio"/> Prezista (darunavir) (256) <input type="radio"/> Reyataz (atazanavir) (243) <input type="radio"/> Sustiva (efavirenz) (220) <input type="radio"/> otros medicamentos bajo receta (998) <input type="radio"/> otros medicamentos o preparaciones herbales sin receta (539)	<input type="radio"/> Truvada (253) <input type="radio"/> Emtriva (FTC) (239) <input type="radio"/> Viread (tenofovir) (234) <input type="radio"/> Atripla (262) <input type="radio"/> Epzicom (254) <input type="radio"/> Isentress (Raltegravir) (264) <input type="radio"/> Nevirapine (Viramune) (191) <input type="radio"/> Norvir (Ritonavir) (211) <input type="radio"/> Prezista (darunavir) (256) <input type="radio"/> Reyataz (atazanavir) (243) <input type="radio"/> Sustiva (efavirenz) (220) <input type="radio"/> otros medicamentos bajo receta (998) <input type="radio"/> otros medicamentos o preparaciones herbales sin receta (539)	<input type="radio"/> Truvada (253) <input type="radio"/> Emtriva (FTC) (239) <input type="radio"/> Viread (tenofovir) (234) <input type="radio"/> Atripla (262) <input type="radio"/> Epzicom (254) <input type="radio"/> Isentress (Raltegravir) (264) <input type="radio"/> Nevirapine (Viramune) (191) <input type="radio"/> Norvir (Ritonavir) (211) <input type="radio"/> Prezista (darunavir) (256) <input type="radio"/> Reyataz (atazanavir) (243) <input type="radio"/> Sustiva (efavirenz) (220) <input type="radio"/> otros medicamentos bajo receta (998) <input type="radio"/> otros medicamentos o preparaciones herbales sin receta (539)

SERIAL #

29. Continuación

29.b. En los últimos 6 meses, ¿Usó usted este medicamento cuando sabía o creía que iba a tener sexo, o bien, después de tener sexo?	1er Medicamento			2º Medicamento			3er Medicamento					
	<input type="radio"/> No, PASE A LA PREG 29.d <input type="radio"/> Sí			<input type="radio"/> No, PASE A LA PREG 29.d <input type="radio"/> Sí			<input type="radio"/> No, PASE A LA PREG 29.d <input type="radio"/> Sí					
29.c. Si respondió SÍ, ¿cuándo tomó este medicamento?	No	Sí	No Sabe	No	Sí	No Sabe	No	Sí	No Sabe			
1) Dentro de 12 horas antes de tener sexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2) Más de 12 horas antes de tener sexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3) Dentro de 12 horas después de tener sexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4) Más de 12 horas después de tener sexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
29.d. Típicamente, ¿con qué frecuencia usó usted este medicamento durante los últimos 6 meses? Escoja una opción:												
1) Diariamente o casi a diario	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>					
2) Una a dos veces por semana	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>					
3) Al menos una vez al mes, pero menos de una vez a la semana	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>					
4) Solo una o dos veces en los últimos 6 meses	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>					
5) Usé en los últimos 2 años, pero no en los últimos 6 meses	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>					
29.e. ¿Cómo obtuvo este medicamento?	No		Sí		No		Sí		No		Sí	
a. Fué recetado por mi doctor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. Es parte de un estudio clínico investigativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c. Por parte de un compañero sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d. Por otros medios no médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Ha usado algún otro medicamento? ¿Ha usado algún otro medicamento?												

30. En la actualidad, ¿cuál de las siguientes categorías describe sus ingresos anuales individuales antes de descontar impuestos?

[ENSÉÑELE LA TARJETA O LEA EN VOZ ALTA]

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Menos de \$10.000 | <input type="radio"/> Entre 50.000 y 59.999 |
| <input type="radio"/> Entre 10.000 y 19.999 | <input type="radio"/> Entre 60.000 y 90.999 |
| <input type="radio"/> Entre 20.000 y 29.999 | <input type="radio"/> Entre 90.000 y 149.999 |
| <input type="radio"/> Entre 30.000 y 39.999 | <input type="radio"/> 150.000 o más |
| <input type="radio"/> Entre 40.000 y 49.999 | <input type="radio"/> No desea responder |

31. ¿Está teniendo grandes dificultades financieras para cubrir sus gastos básicos?

- No → **PASE A LA PREG. 32**
 Sí

SI DICE QUE SÍ: ¿Es la dificultad menor, la misma o mayor desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

- Menor La misma Mayor

32. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha cambiado su trabajo o su manera de trabajar por razones relacionadas con el VIH?

- No → **PASE A LA PREG. 33**
 Sí

SI ES ASÍ, PREGUNTE: ¿Cuáles fueron las razones? (LEA CADA OPCIÓN)

- | | NO | Sí |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1) Se enfermó demasiado como para trabajar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2) Obtuvo jubilación anticipada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3) Cambió de empleo por una decisión personal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4) Otro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

→ Especifique:

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre ciertos hábitos, incluyendo el consumo de tabaco, alcohol o drogas recreativas y la participación en actividades sexuales.

33. Ahora le voy a preguntar acerca de fumar cigarrillos.

A. ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?

- No → **PASE A LA PREG. 33.D**
 Sí

B. ¿Fuma cigarrillos en la actualidad?
(¿Desde hace un mes?)

- No → **PASE A LA PREG. 33.D**
 Sí
 Ocasionalmente (menos de un cigarrillo por día)
→ **PASE A LA PREG. 33.D**

C. Generalmente ¿cuántos paquetes fuma por día?

- Menos de 1/2 paquete
 Al menos 1/2 paquete; pero menos de un paquete por día
 Al menos 1 paquete pero menos de 2
 2 ó más paquetes por día

Con respecto a otras personas fumadoras de cigarrillos en su entorno:

D. Cuando usted era niño (cuando tenía menos de 18 años), vivió alguna vez en un hogar donde hubiera al menos una persona que fumara cigarrillos?

- No Sí

E. Desde que tenía menos de 18 años, cuantos años en total ha vivido usted en un hogar donde hubiera al menos una persona que fumara cigarrillos, aparte de usted? por favor piense acerca de los distintos hogares en los cuales usted haya vivido.

- Nunca o menos de un año

	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	años
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

34. El siguiente grupo de preguntas es sobre el consumo de bebidas alcohólicas. Las preguntas pueden parecerse, pero tienen pequeñas diferencias.

Responda cada una de las preguntas pensando en los últimos seis meses.

A. ¿Qué tan frecuentemente ingiere (toma) bebidas alcohólicas?

- Nunca → **ALTO – PASE A LA P34K**
 Menos de una vez al mes
 Mensualmente
 Semanalmente
 Diario o casi diario

B. En los últimos seis meses, ¿cuántas bebidas alcohólicas ha ingerido en un día típico cuando está bebiendo? (Una 'bebida' se define como una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas, o una bebida mixta con una onza y media de licor con 80 de alcohol.)

- 1 o 2 5 o 6 10 o más
 3 o 4 7 a 9 Nunca

C. En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia ha tomado más de seis bebidas en una sola ocasión? (Una 'bebida' se define como una cerveza de 12 onzas, un vaso de vino de 5 onzas, o una bebida mezclada de una onza y media de licor.)

- Nunca Semanalmente
 Menos de una vez al mes Diario o casi diario
 Mensualmente

D. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha estado en un programa para el tratamiento del alcoholismo, incluyendo programas de desintoxicación que requerían o no requerían que lo internaran, Alcohólicos Anónimos y/o cualquier otro programa similar a éstos?

- No Sí

LEA LA DEFINICIÓN DE ACTIVIDAD SEXUAL:

LA ACTIVIDAD SEXUAL incluye el sexo oral, sexo anal, sexo vaginal, contacto con áreas genitales o anales, con o sin eyaculación. En esta definición se incluyen los besos apasionados.

35. ¿Ha participado en alguna actividad sexual con otra persona desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

- No → **PASE A LA PREG. 42**
 Sí

36. ¿Ha participado en alguna actividad sexual con una mujer desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

- No → **PASE A LA PREG. 39**
 Sí

PASE A LA PREGUNTA 37 EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

SERIAL #

37 A. ¿Con cuántas mujeres distintas (si hubo alguna) ha tenido relaciones sexuales desde su última visita [en (MES, AÑO)]? Aquí definimos la relación sexual como la inserción del pene en la boca, la vagina o el ano de su compañera, con o sin eyaculación.

	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

B. ¿Con cuántas (otras) mujeres ha participado en actividades sexuales que no incluyeron penetración (o coito) desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA (37.A + 37.B = 1),
PASE A 37.C.1

SI HA TENIDO MÁS DE UNA COMPAÑERA (37.A + 37.B ≥ 2),
PASE A 37.C.2

C.1 Usted dijo que ha tenido relaciones sexuales con penetración o actividad sexual sólo con una mujer desde su última visita [en (MES, AÑO)]. ¿Cómo describiría a esta mujer?

- Compañera principal o alguien con quien usted tiene una relación duradera, convive o quien es su pareja. → **PASE A 37.D**
- Compañera casual, compañera de una ocasión, o alguien con quien usted no ha establecido una relación cercana y duradera → **PASE A 38.1a**

C.2 Usted dijo que ha tenido relaciones sexuales con penetración o actividad sexual con más de una mujer desde su última visita [en (MES, AÑO)]. Una compañera principal se define como una compañera con quien tiene una relación duradera, convive, o quien es su pareja. ¿Consideraría a una de estas mujeres como su compañera principal?

- No → **PASE A 38.1b**
- Sí → **PASE A 37.D**

D. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales vaginales o anales no protegidas con su compañera principal desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

- No Sí

E. ¿Cuál es el estado de VIH de su compañera principal?

- Negativo Positivo No sé

Las siguientes preguntas están relacionadas con distintos tipos de actividad sexual en las que participan los hombres con las mujeres. **SI NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON MUJERES, PASE A LA PREG. 38.6.**

38. **SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA: USE LA COLUMNA a.**
SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: USE LA COLUMNA b.

TIPO DE ACTIVIDAD	a ¿Participó en esta actividad con alguna mujer desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Con cuántas mujeres participó en esta actividad desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar lo mejor que pueda)
1) Usted introdujo su pene en la boca de ella (sexo oral).	NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/> 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900 <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2) Usted introdujo su pene en la vagina de ella (sexo vaginal). SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (4).	NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/> 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900 <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: 3) ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó un condón <u>cada</u> vez para sexo vaginal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado? SI HA TENIDO SÓLO UNA COMPAÑERA: ¿Utilizó condón <u>cada</u> vez que tuvo sexo vaginal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?	NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/> 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900 <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4) Usted introdujo su pene en el ano de ella (sexo anal). SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (6).	NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/> 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900 <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: 5) ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó un condón <u>cada</u> vez que participó en sexo anal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado? SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA: ¿Utilizó usted un condón <u>cada</u> vez que participó en sexo anal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?	NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/> 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900 <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
6) Usted participó en besos profundos y mojados (alguno de ustedes puso su lengua en la boca del otro).	NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/> 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900 <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

3/8 spine part

39. ¿Ha participado usted en alguna actividad sexual con un hombre desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

No →
 Sí ↓

PASE A LA PREG. 41.10

40. A. ¿Con cuántos hombres distintos (si ha habido alguno) ha tenido relaciones sexuales desde su última visita [en (MES, AÑO)]? Aquí definimos la relación sexual de la siguiente manera: usted introdujo su pene en la boca o ano de su compañero o su compañero introdujo su pene en su boca o ano, con o sin eyaculación.

	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

B. ¿Con cuántos (otros) hombres ha tenido actividades sexuales que no incluyeron penetración desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO (40.A + 40.B = 1),
PASE A 40.C.1**

**SI HA TENIDO MÁS DE UN COMPAÑERO (40.A + 40.B ≥ 2),
PASE A 40.C.2**

40. Continuación

C.1 Usted dijo que ha tenido relaciones sexuales con penetración o actividad sexual sólo con un hombre desde su última visita [en (MES, AÑO)]. ¿Cómo describiría a este hombre?

Compañera principal o alguien con quien usted tiene una relación duradera, convive o quien es su pareja. → **PASE A 40.D**

Compañero casual, compañero de una ocasión, compañero de intercambio sexual, o alguien con quien usted no ha establecido una relación cercana y duradera → **PASE A 41.1a**

Compañero de intercambio sexual: Alguien con quien usted intercambia dinero a drogas por sexo.

C.2 Usted dijo que ha tenido relaciones sexuales con penetración o actividad sexual con más de un hombre desde su última visita [en (MES, AÑO)]. Un compañero principal se define como un compañero con quien tiene una relación duradera, convive, o quien es su pareja. ¿Consideraría a uno de estos hombres como su compañero principal?

No → **PASE A 41.1b**

Sí → **PASE A 40.D**

D. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales anales no protegidas con su compañero principal desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

No Sí

E. Cuál es el estado de VIH de su compañero principal?

Negativo Positivo No sé

Las siguientes preguntas tienen que ver con distintos tipos de actividades sexuales en las que algunos hombres participan con otros hombres. **SI NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES, PASE A LA PREG. 41.9.**

41. **SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: USE LA COLUMNA a.**
SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS: USE LA COLUMNA b.

TIPO DE ACTIVIDAD	a ¿Participó usted en esta actividad con un hombre desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Con cuántos hombres lo hizo desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar la cantidad lo mejor que pueda)
1) Usted introdujo su pene en la boca de él.	NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/> 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900 <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2) Usted introdujo su pene en el ano de él. SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (5).	NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/> 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900 <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

3/8" spine perf

41. Continuación

SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: USE LA COLUMNA a.

SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS: USE LA COLUMNA b.

TIPO DE ACTIVIDAD	a ¿Participó usted en esta actividad con un hombre desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Con cuántos hombres lo hizo desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar la cantidad lo mejor que pueda)																																																												
<p>SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS:</p> <p>3b) Cuando introdujo su pene en el ano de otros hombres, ¿con cuántos de ellos utilizó un condón cada vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>Si ha tenido sexo anal sin protección (Preg. 3b < Preg. 2b) lea: De los hombres con quienes no utilizó condón,</p> <p>3b.1) ¿Alguno de esos hombres era VIH positivo?</p> <p>3b.2) ¿Alguno de esos hombres era VIH negativo?</p> <p>Si 3b.1 ó 3b.2 = No sé o no estoy seguro, PASE AL 3b.4</p> <p>3b.3) Estaba usted inseguro acerca del estado de VIH de alguno de esos hombres?</p> <p>3b.4) ¿A cuántos hombres les eyaculó dentro del ano de ellos cuando no estaba utilizando condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table> <p style="text-align: right;">NO SÉ / NO ESTOY SEGURO</p> <p>NO SÍ</p> <p>3b.1) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>3b.2) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>3b.3) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																					
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																					
0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																					
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																					
<p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO:</p> <p>4a) Cuando introdujo su pene en el ano de él, ¿utilizó condón <u>cada</u> vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>SI 4a = NO,</p> <p>4a.1) ¿Cuál era el estado de VIH de su compañero cuando usted no usó condón?</p> <p>4a.2) ¿Eyaculó usted en el ano de él mientras no usaba condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p>	<p style="text-align: center;">NO SÍ</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">NEGA-TIVO POSI-TIVO NO SÉ / NO ESTOY SEGURO</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">NO SÍ</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">PASE A LA PREG. 4a.2</p>																																																												
<p>5) Él introdujo su pene en la boca suya. SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (6).</p>	<p style="text-align: center;">NO SÍ</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																														
0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																					
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																					
<p>6) Él introdujo su pene en el ano de usted. SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (9).</p>	<p style="text-align: center;">NO SÍ</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																														
0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																					
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																					
<p>SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS:</p> <p>7b) Las veces en que un hombre le introdujo su pene en el ano, ¿con cuántos de esos hombres se utilizó un condón <u>cada</u> vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>Si ha tenido sexo anal sin protección (Preg. 7b < Preg. 6b) lea: De los hombres que no usaron condón,</p> <p>7b.1) ¿Alguno de esos hombres era VIH positivo?</p> <p>7b.2) ¿Alguno de esos hombres era VIH negativo?</p> <p>Si 7b.1 ó 7b.2 = No sé / No estoy seguro, PASE A LA PREGUNTA 7b.4</p> <p>7b.3) Estaba usted inseguro acerca del estado de VIH de alguno de esos hombres?</p> <p>7b.4) ¿Cuántos hombres le eyacularon en el ano de usted mientras no utilizaban condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table> <p style="text-align: right;">NO SÉ / NO ESTOY SEGURO</p> <p>NO SÍ</p> <p>7b.1) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>7b.2) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>7b.3) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																					
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																					
0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																					
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																					

3/8" spine perf

41. Continuación

SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: USE LA COLUMNA a.

SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS: USE LA COLUMNA b.

TIPO DE ACTIVIDAD	a ¿Participó usted en esta actividad con un hombre desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Con cuántos hombres lo hizo desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar la cantidad lo mejor que pueda)																																	
<p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO:</p> <p>8a) Las veces en que él introdujo su pene en el ano de usted, ¿utilizó un condón <u>cada</u> vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>SI 8a = NO,</p> <p>8a.1) ¿Cuál era el estado de VIH de su compañero cuando él no usó condón?</p> <p>8a.2) ¿Eyaculó él en su ano mientras no usaba condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p>	<p>NO Sí</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>NO SÉ / NO ESTOY SEGURO</p> <p>NEGA-TIVO POSI-TIVO ESTOY SEGURO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>NO Sí</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>PASE A LA PREG. 8a.2</p>																																	
<p>9) Usted participó en besos profundos y mojados (alguno de ustedes puso su lengua en la boca del otro).</p>	<p>NO Sí</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="text"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
<input type="text"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									

41.10 ¿Ha conocido compañeros nuevos con quienes haya tenido relaciones sexuales desde su última visita [en (MES, AÑO)]? Aquí definimos la relación sexual como la inserción del pene en la boca, la vagina o el ano de su compañera, con o sin eyaculación.

No → **PASE A LA PREG. 42**

Sí

41.11 ¿Dónde conoció a su ÚLTIMA pareja sexual NUEVA? Participant should select one.

- | | |
|---|---|
| a) En Internet <input type="radio"/> | f) En un parque u otro espacio público abierto <input type="radio"/> |
| b) Una fiesta privada <input type="radio"/> | g) En un baño, librería u otro espacio público interior <input type="radio"/> |
| c) A través de un anuncio en periódicos o publicaciones <input type="radio"/> | h) En un sitio donde hay uso o intercambio de drogas <input type="radio"/> |
| d) En un bar <input type="radio"/> | i) Sexo en grupo o fiesta/reunión de sexo <input type="radio"/> |
| e) En saunas o casas de masajes <input type="radio"/> | j) En otro sitio no listado antes <input type="radio"/> |

41.12 ¿Cuáles de las siguientes drogas y alcohol usó con esta ÚLTIMA pareja sexual NUEVA, hombre o mujer, mientras tenían contacto sexual? (Por favor seleccione todas las respuestas aplicables a usted)

- | | |
|--|---|
| a) No hubo ningún uso de alcohol o drogas SI NUNCA, PASE A LA PREG. 41.13 <input type="radio"/> | h) Cocaína en polvo <input type="radio"/> |
| b) Alcohol <input type="radio"/> | i) Crack o cocaína que se fuma <input type="radio"/> |
| c) Marihuana <input type="radio"/> | j) Viagra, Levitra, y/o Cialis <input type="radio"/> |
| d) Estimulantes (poppers) <input type="radio"/> | k) Caverjet o TriMix inyectable <input type="radio"/> |
| e) Metanfetamina cristalina <input type="radio"/> | l) Preparaciones herbales que se usan para aumentar la potencia sexual (Ginseng, Gingko Biloba, Extracto de corteza de Yohimbe) <input type="radio"/> |
| f) GHB <input type="radio"/> | m) Otra droga no listada antes <input type="radio"/> |
| g) Extasis, tachas, XTC, X o MDMA <input type="radio"/> | |

41.13) ¿Con que frecuencia ha usado condones con esta ÚLTIMA pareja sexual NUEVA, hombre o mujer?

- Siempre
- A veces
- Nunca

42. Hablemos ahora de otras drogas que haya utilizado. A medida que le lea cada una, por favor dígame si la ha utilizado, aunque haya sido una sola vez desde su última visita [en (MES, AÑO)].

	a		b				c				
	¿Ha tomado o usado esta droga desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (nombre de cada droga)		¿Con qué frecuencia (tomó/utilizó) (nombre de la droga) desde su última visita [en (MES, AÑO)]?				¿Como (tomó/utilizó) (DROGA) usted desde su última visita [en (MES, AÑO)]? [MARQUE TODAS QUE SEAN VÁLIDAS.]				
	NO	SÍ	DIARIA-MENTE	SEMANAL-MENTE	MENSUAL-MENTE	CON MENOR FRECUENCIA	RESPIRANDO O INHALANDO	TRAGANDO	PONIENDO EN EL ANO ("BOOTY BUMPED")	FUMANDO	INYECTANDO (USO INTRAVENOSO)
<p>Hierba, marihuana o hachís</p> <p>¿Cuáles fueron las razones para usar marihuana? Seleccione todas las que apliquen.</p> <p><input type="radio"/> Por razones médicas</p> <p><input type="radio"/> Por razones recreacionales, pero no para tener sexo</p> <p><input type="radio"/> Para tener mejores relaciones sexuales</p> <p><input type="radio"/> Para incrementar la capacidad de socializar</p> <p><input type="radio"/> Para encajar en el grupo</p>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<p>"Estimulantes" ("poppers") como inhalantes de nitrito (amilo, butilo o nitritos de isopropilo)</p>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<p>Crack o cocaína que se fuma</p>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<p>Otras formas de cocaína</p>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<p>Speed, Metanfetaminas o Ice</p>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>Heroína</p>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>Speedball o chute (heroína y cocaína juntas)</p>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>Éxtasis, Tachas, XTC, X o MDMA</p>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<p>Drogas para incrementar o mejorar su potencia sexual, fuera de los que fueron recetadas por un proveedor de servicios médicos para tratar una disfunción eréctil diagnosticada</p> <p>Definición: Incluye Viagra; Viagra herbal; Levitra; Cialis; un parche, inyección o pomada tópica de testosterona; Yohimbina (extracto de Yohimbe); productos que contienen efedrina o Guaraná; Tri-Mix, un supositorio para el pene (supositorio uretral); o cualquier otro compuesto o preparación herbal.</p>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

3/8" spine perf

42. Continuación

	a		b				c				
	¿Ha tomado o usado esta droga desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (nombre de cada droga)		¿Con qué frecuencia (tomó/utilizó) (nombre de la droga) desde su última visita [en (MES, AÑO)]?				¿Como (tomó/utilizó) (DROGA) usted desde su última visita [en (MES, AÑO)]? [MARQUE TODAS QUE SEAN VÁLIDAS.]				
	NO	SÍ	DIARIA-MENTE	SEMANAL-MENTE	MENSUAL-MENTE	CON MENOR FRECUENCIA	RESPIRANDO O INHALANDO	TRAGANDO	PONIENDO EN EL AÑO ("BOOTY BUMPED")	FUMANDO	INYECTANDO (USO INTRAVENOSO)
Otros tipos de drogas callejeras o de las discotecas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PASE A LA PREG. 43.A								
Especifique:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
Especifique:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
Especifique:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
Especifique:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
Especifique:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										

SI NO SE HA INYECTADO DROGAS (42.c inyectando=no), PASE A LA PREG. 45.

43. A. Usted dijo que se ha inyectado con drogas recreativas desde su última visita [en (MES, AÑO)]. En la actualidad, ¿se inyecta drogas?

- No
- Sí

44. A. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha participado en un programa de intercambio de jeringas?

- No → **PASE A LA PREG. 45**
- Sí

B. De las veces que obtuvo jeringas, ¿con qué frecuencia las obtuvo en un programa de intercambio de jeringas?

- Menos de la mitad de las veces
- La mitad de las veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

45. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha participado en un programa de tratamiento contra la adicción a las drogas, incluyendo programas de desintoxicación internos o externos, programas de mantenimiento a base de metadona, centro de reinserción, narcóticos anónimos, prisión o programas ejecutados en las cárceles o algún otro programa?

- No
- Sí

Instrucciones:
Agradezca al participante.
Record time ended on page 22.

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

