



**SECTION B. SOCIODEMOGRAPHICS**

B1. Ahora tenemos algunas preguntas con relación al bilingüismo, o si puedes hablar más de un idioma.  
¿Hablas más de un idioma?

- YES ..... 1
- NO ..... 2

B2. Cuando eras niño, ¿fue el inglés el primer idioma que hablaste?

- YES ..... 1 **(B3)**
- NO ..... 2

a. ¿Cuál fue el primer idioma que hablaste cuando eras niño?

- Español ..... 1
- Francés ..... 2
- Alemán ..... 3
- Italiano ..... 4
- Chino ..... 5
- Otro idioma ..... 6

SPECIFY: \_\_\_\_\_

B3. Hoy, ¿consideras que el inglés es tu idioma principal? (**PROBE**: ¿Es el inglés el idioma que más utilizas y el que te es más fácil utilizar?)

- YES ..... 1 **(B4)**
- NO ..... 2

a. ¿Cuál idioma consideras que es tu idioma principal hoy en día?

- Español ..... 1
- Francés ..... 2
- Alemán ..... 3
- Italiano ..... 4
- Chino ..... 5
- Otro idioma ..... 6

SPECIFY: \_\_\_\_\_

B4. ¿Cuál es el grado máximo de escolaridad que **usted** completó?

- NO SCHOOLING ..... 1
- GRADES 1 TO 6 ..... 2
- GRADES 7 TO 11 ..... 3
- COMPLETED HIGH SCHOOL / DIPLOMA OR GED ..... 4
- SOME COLLEGE / ASSOCIATES DEGREE ..... 5
- COMPLETED 4 YEARS OF COLLEGE (BA/BS) ..... 6
- ATTENDED / COMPLETED GRADUATE SCHOOL ..... 7

WIHS ID #

B5. ¿Cuál es el grado máximo de escolaridad que **su madre** completó?

- NO SCHOOLING .....1
- GRADES 1 TO 6 .....2
- GRADES 7 TO 11 .....3
- COMPLETED HIGH SCHOOL / DIPLOMA OR GED .....4
- SOME COLLEGE / ASSOCIATES DEGREE .....5
- COMPLETED 4 YEARS OF COLLEGE (BA/BS) .....6
- ATTENDED / COMPLETED GRADUATE SCHOOL.....7

B6. ¿Recibió alguna transfusión de sangre entre 1975 y 1985?

- YES .....1
- NO .....2

B7. ¿Ha estado alguna vez encarcelada (estuvo en prisión o en la cárcel)?

- YES .....1
- NO .....2

**(SECTION C)**

a. ¿Cuántas veces?

|\_|\_|\_| TIMES

b. ¿ Por cuántos meses en total ha estado en prisión?

|\_|\_| MONTHS

**SECTION C: MEDICAL AND HEALTH HISTORY**

**INTRODUCTION:** Para las siguientes preguntas voy a usar las palabras "trabajador de salud" para referirme a cualquier médico, enfermera o auxiliar de médicos a quien Ud. haya acudido para cuidado médico.

C1. a. ¿Alguna vez le ha dicho su proveedor de cuidado médico que usted tiene cancer en el cérvix?

YES .....1  
NO .....2 (C2)

b. ¿Cuándo fue la primera vez que se le dijo que usted tiene cancer en el cerviz? Sólo necesito saber el año.

|\_|\_|\_|\_|  
YEAR

c. ¿Alguna vez le han hecho una cirugía para tratar el cáncer del cérvix? Es decir, ¿ha sido admitida en un hospital y tuvo una cirugía en la sala de operaciones?

YES .....1  
NO .....2

d. ¿Alguna vez le han hecho un "CAT" o "MRI" de su abdomen? (una máquina en forma de rosca que toma fotografías especiales)?

YES .....1  
NO .....2

e. ¿Alguna vez le han dicho que necesita hacerse una cirugía o tratamiento con radiación?

YES .....1  
NO .....2

C2. ¿Alguna vez le ha dicho su proveedor de cuidado médico que usted tiene algun otro tipo de cáncer, incluyendo en la piel, linfoma, sarcoma de Kaposi, enfermedad de Hodgkin, cáncer en el seno, o cáncer en algun órgano femenino – la vulva, trompas de falopio, ovarios o el útero?

YES .....1  
NO .....2 (C13)

WIHS ID #

¿Qué tipo de cáncer? Fue: [READ C3 – C12]  
(FOR EACH YES, ASK SUBQUESTION “a”)

	<u>YES</u>	<u>NO / NEVER HEARD OF IT</u>	a. ¿Cuándo fue la primera vez que se le dijo eso? Sólo necesito saber el año.
C3. Cáncer de los senos?.....	1	2 (C4)	_ _ _ _

b. ¿Alguna vez un cirujano le ha tenido que extraer un quiste? No se trata de una biopsia con aguja, sino de una cortada que necesita puntos para cicatrizar.

YES..... 1  
NO..... 2

c. ¿Alguna vez la han removido un seno?

YES..... 1  
NO..... 2

a. ¿Cuándo fue la primera vez que se le dijo eso? Sólo necesito saber el año.

	<u>YES</u>	<u>NO / NEVER HEARD OF IT</u>	
C4. Cáncer de ovario?.....	1	2 (C5)	_ _ _ _
C5. Cáncer del útero?.....	1	2 (C6)	_ _ _ _
C6. Sarcoma de Kaposi's (KS)?.....	1	2 (C7)	_ _ _ _
C7. Linfoma?.....	1	2 (C8)	_ _ _ _
C8. Linfoma en el cerebro?.....	1	2 (C9)	_ _ _ _
C9. Enfermedad de Hodgkin?.....	1	2 (C10)	_ _ _ _
C10. Cáncer de la piel (no KS)?.....	1	2 (C11)	_ _ _ _
C11. Cáncer del hígado?.....	1	2 (C12)	_ _ _ _
C12. Otro.....	1	2 (C13)	_ _ _ _

SPECIFY: \_\_\_\_\_

C13. PLEASE RECORD THE TOTAL NUMBER OF CANCERS REPORTED AT THIS VISIT. DO NOT FORGET TO INCLUDE CERVICAL CANCER IF REPORTED IN QUESTION C1a, IN ADDITION TO ALL CANCERS REPORTED IN QUESTIONS C3 – C12.

|\_|\_|\_| CANCERS

**PROMPT: IF QUESTION C13 = 00, SKIP TO QUESTION C18.**

**START F20s1**

**PROMPT: FOR EACH CANCER INDICATED IN QUESTION C13, COMPLETE QUESTIONS C14–C15. THE NUMBER OF BOXES COMPLETED MUST EQUAL THE VALUE RECORDED AT C13. INDICATE THE LOCATION OF EACH REPORTED CANCER IN a, THEN COMPLETE b–f AS INDICATED FOR EACH. IF THE TOTAL NUMBER OF REPORTED CANCERS IS GREATER THAN TWO, PLEASE XEROX THIS PAGE AND INSERT THE COPY AFTER PAGE 5.**

C14. a. LOCATION OF REPORTED CANCER: \_\_\_\_\_

**PROMPT: REPLACE (LOCATION) WITH THE LOCATION WRITTEN IN C14a.**

Ahora voy a preguntarle un poco más sobre su diagnóstico de cáncer en el/la (LOCATION). YES      NO

b. ¿Es este su primer diagnóstico de cáncer? 1 (c)      2 (e)

c. Cuando le hicieron este diagnóstico de cáncer en el/la (LOCATION), también le dijeron que estaba metastizado, o que se le extendió a otra parte del cuerpo?..... 

1 (d)

      2 (C15)

d. ¿Adónde se le extendió? \_\_\_\_\_ (C15)

e. ¿Se le dijo si el cáncer que está reportando ahora fue una metástasis, o se diseminó, de un cáncer anterior? 

1 (f)

      2 (f)

f. ¿En qué parte de su cuerpo estuvo este cáncer originalmente? \_\_\_\_\_ (C15)

C15. a. LOCATION OF REPORTED CANCER: \_\_\_\_\_

**PROMPT: REPLACE (LOCATION) WITH THE LOCATION WRITTEN IN C15a.**

Ahora voy a preguntarle un poco más sobre su diagnóstico de cáncer en el/la (LOCATION). YES      NO

b. ¿Es este su primer diagnóstico de cáncer? 1 (c)      2 (e)

c. Cuando le hicieron este diagnóstico de cáncer en el/la (LOCATION), también le dijeron que estaba metastizado, o que se le extendió a otra parte del cuerpo?..... 

1 (d)

      2 (C16)

d. ¿Adónde se le extendió? \_\_\_\_\_ (C16)

e. ¿Se le dijo si el cáncer que está reportando ahora fue una metástasis, o se diseminó, de un cáncer anterior? 

1 (f)

      2 (f)

f. ¿En qué parte de su cuerpo estuvo este cáncer originalmente? \_\_\_\_\_ (C16)

**END F20s1**

**PROMPT: IF ANY OF C1–C12 = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST (ATC) FOR EACH ILLNESS AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE. ALSO, IF EITHER C14c/C15c OR C14e/C15e = YES, THEN COMPLETE ATC FOR METASTATIC CANCER.**

WIHS ID #

- |  | <u>YES</u> | <u>NO</u>    |
|--|------------|--------------|
| C16. ¿Alguna vez recibió quimioterapia para tratar el cáncer? .....      | 1          | 2            |
| C17. ¿Alguna vez recibió tratamiento radiactivo?.....                    | 1          | 2            |
| C18. ¿Alguna vez se la ha diagnosticado el asma, o ha empeorado su asma? |            |              |
| YES .....  | 1          |              |
| NO .....   | 2          | <b>(C19)</b> |

a. ¿Hace aproximadamente cuántos años le comenzó el asma? |\_|\_| YEARS

- C19. Ha alguna vez recibido tratamiento para prevenir el contagio a la Tuberculosis (o TB)? En la mayoría de los casos, esta clase de medicina se receta después de una reacción positiva a una prueba sanguínea o cutánea de tuberculosis.
- |           |   |              |
|-----------|---|--------------|
| YES ..... | 1 |              |
| NO .....  | 2 | <b>(C20)</b> |

a. En que año comenzo a recibir esta medicina? |\_|\_|\_|\_|  
YEAR

b. Cuantas pildoras tomo diario en este tratamiento preventive contra la TB? |\_|\_| PILLS

- c. Por cuanto tiempo tomo esta medicina?
- |                        |   |  |
|------------------------|---|--|
| Menos que 3 meses..... | 1 |  |
| 3 - 6 meses .....      | 2 |  |
| 6 - 9 meses .....      | 3 |  |
| Mas que 9 meses.....   | 4 |  |

- d. Estaba Ud. En una institucion correccional o ancianoto o otra durante el tiempo en que recibio este tratamiento preventivo?
- |           |   |  |
|-----------|---|--|
| YES ..... | 1 |  |
| NO .....  | 2 |  |

C20. Ahora voy a preguntarle de otras condiciones de salud que pueden requerir atención médica. ¿Ha tenido alguna vez una o más de las siguientes condiciones de salud que requieren atención médica?

- |   | <u>YES</u> | <u>NO</u> |
|---|------------|-----------|
| a. Alta presión sanguínea o hipertensión .....  | 1          | 2         |
| b. Nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes .....   | 1          | 2         |
| c. Lupus o artritis reumatoide o alguna enfermedad reumatoidea .....  | 1          | 2         |
| d. Una operación para removerle el bazo ( <i>spleen</i> ).....  | 1          | 2         |
| e. Sinusitis, una infección en los senos faciales ( <i>sinuses</i> )<br>que requirió tratamiento con antibióticos.....          | 1          | 2         |
| f. UTI, infección del tracto urinario o una infección de la<br>vejiga o riñones que requirió tratamiento con antibióticos ..... | 1          | 2         |

WIHS ID #

C21. ¿Alguna vez ha tenido que hospitalizarse o tomar medicamentos para tratar la depresión?

YES .....1  
NO .....2

C22. ¿Alguna vez le ha dicho su proveedor de cuidado médico que usted tiene Hepatitis C?

YES .....1  
NO .....2 (C24)

C23. ¿Le ha ofrecido alguien, alguna vez, un tratamiento para la Hepatitis C?

YES .....1  
NO .....2 (C24)

a. ¿Estuvo usted de acuerdo en que le dieran un tratamiento para la Hepatitis C?

YES .....1  
NO .....2 (C24)

b. ¿Cuándo empezó el tratamiento para hepatitis C? Sólo necesito saber el año.      
**(IF MORE THAN ONCE, ENTER DATE OF MOST RECENT TREATMENT START.)**

YEAR

c. ¿Está Ud. todavía en tratamiento para hepatitis C?

YES .....1 (C24)  
NO .....2

d. ¿Cuándo interrumpió el tratamiento para hepatitis C? Sólo necesito saber el año.      
**(IF MORE THAN ONCE, ENTER DATE OF MOST RECENT TREATMENT STOP.)**

YEAR



WIHS ID #

**START F20s3**

**PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4a. READ THE NAME OF EACH MEDICATION ALOUD. ASK THE PARTICIPANT IF SHE HAS EVER TAKEN THIS MEDICATION FOR HEPATITIS. IF SHE ANSWERS “YES,” CHECK THE DRUG NAME.**

C24. a. ¿Ha tomado usted un de los después de medicaciones para la Hepatitis B o C?

- 090 \_\_\_ Interferon alfa-2b (Intron A)
- 242 \_\_\_ Pegylated interferon (PEGASYS or Peginterferon alfa-2a)  
(PEG-Intron or Peginterferon alfa-2b)
- 058 \_\_\_ Ribavirin (Virazole, Rebetrol, Copegus)
- 235 \_\_\_ Rebetron (Ribavirin and interferon alfa-2b)
- 204 \_\_\_ Epivir (lamivudine, 3-TC)
- 234 \_\_\_ Viread (tenofovir)
- 224 \_\_\_ Hespera (adefovir, Preveon)
- 239 \_\_\_ Emtriva (emtricitabine, Coviracil, FTC)
- 708 \_\_\_ Infergen (Interferon alfacon-1)
- 213 \_\_\_ Famvir (famciclovir)
- 253 \_\_\_ Truvada (Viread + Emtriva)
- 709 \_\_\_ Baraclude (entecavir)
- 710 \_\_\_ Tyzeka (telbivudine)
- 711 \_\_\_ Alinia (nitazoxanide)
- 713 \_\_\_ Victrelis (boceprevir)
- 714 \_\_\_ Incivek (telaprevir)

Specify name of “other” hepatitis medication:
Specify name of “other” hepatitis medication:

→ Drug Code: |\_|\_|\_|\_|

→ Drug Code: |\_|\_|\_|\_|

**END F20s3**

b. PT. HAS NOT TAKEN ANY MEDICATION IN C24a .....1 (C25)

PT. HAS TAKEN AT LEAST ONE MEDICATION IN C24a .....2

c. ENTER THE TOTAL NUMBER OF HEPATITIS MEDICATIONS  
THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTION C24a: |\_|\_| MEDS

C25. ¿Le dijo alguna vez un médico que necesitaba un trasplante de hígado?

YES .....1

NO .....2 (C28)

C26. ¿Le hicieron alguna vez un trasplante de hígado?

YES .....1  
 NO .....2 (C27)

a. ¿Qué año?

YEAR			

C27. ¿Se encuentra usted actualmente en una lista de espera para trasplante de hígado?

YES .....1  
 NO .....2

C28. ¿Le ha dicho alguna vez el médico (asistente médico, enfermera) que se había osteopenia u osteoporosis u baja densidad mineral en los huesos (eso es, disminución de la densidad o debilitamiento de los huesos)?

YES.....1  
 NO .....2

C29. ¿Alguna vez un profesional de salud le ha dicho que se había quebrado o fracturado la ...

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Cadera?	1	2 (b)
1. ¿Cuántos años tenía?    _ _ _		
2. Esa fractura ocurrió ....		
i. Como resultado de una caída desde una altura de posición parado (a) o menos altura .....	1 (b)	2
ii. Debido a una caída más severa .....	1 (b)	2
iii. Como resultado de un accidente de auto u otro trauma grave .....	1 (b)	2
iv. Otro / No sabe.....	1	2
b. Muñeca (sin incluir el antebrazo ni la mano)?	1	2 (c)
1. ¿Cuántos años tenía?    _ _ _		
2. Esa fractura ocurrió ....		
i. Como resultado de una caída desde una altura de posición parado (a) o menos altura .....	1 (c)	2
ii. Debido a una caída más severa .....	1 (c)	2
iii. Como resultado de un accidente de auto u otro trauma grave .....	1 (c)	2
iv. Otro / No sabe.....	1	2
c. Columna vertebral?	1	2 (C30)
1. ¿Cuántos años tenía?    _ _ _		
2. Esa fractura ocurrió ....		
i. Como resultado de una caída desde una altura de posición parado (a) o menos altura .....	1 (C30)	2
ii. Debido a una caída más severa .....	1 (C30)	2
iii. Como resultado de un accidente de auto u otro trauma grave .....	1 (C30)	2
iv. Otro / No sabe.....	1	2

WIHS ID #

[Empty box for WIHS ID #]

C30. ¿Ha tenido alguna vez una lesión seria en la cabeza – o sea, tuvo una lesión en su cabeza, cráneo o cerebro? (Una lesión seria en la cabeza también puede estar asociada con mareos, confusión, dolor que dura después de la lesión, pérdida de la conciencia o necesidad de ir al hospital).

YES.....1  
NO .....2 (C32)

a. ¿Cuántas lesiones en la cabeza ha tenido?

\_\_\_\_\_  
# HEAD INJURIES

**START F20s4**

**PROMPT: FOR EACH HEAD INJURY INDICATED IN QUESTION C30a, COMPLETE QUESTIONS C31a to g. THE NUMBER OF SUBFORMS COMPLETED MUST EQUAL THE VALUE RECORDED AT C30a. IF THE TOTAL NUMBER OF REPORTED HEAD INJURIES IS GREATER THAN ONE, PLEASE XEROX THIS PAGE AND INSERT THE COPY AFTER PAGE 10.**

C31. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de cada una de estas lesiones. Comencemos con la que ocurrió primero.

a. ¿Cómo sucedió?

Tuve una caída y me golpeé la cabeza.....1  
Accidente de automóvil .....2  
Lesión haciendo deportes.....3  
Violencia física .....4  
Otra .....5

SPECIFY: \_\_\_\_\_

b. ¿Cuántos años tenía cuando sucedió? \_\_\_\_\_ YEARS

YES NO

c. ¿Fue a un doctor debido a la lesión? ..... 1 2

d. ¿Debió permanecer hasta el día siguiente en el hospital debido a la lesión? ..... 1 2

e. ¿Perdió la conciencia o “estuvo noqueada” debido a la lesión? ..... 1 2 (f)

i. ¿Por cuánto tiempo estuvo inconsciente? (PROBE: ¿Cuántos minutos, horas o día?)

\_\_\_\_\_  
MINUTES.....1  
HOURS.....2  
DAYS .....3

YES NO

f. ¿Tuvo una fractura de cráneo?..... 1 2

g. ¿Tuvo un ataque repentino o convulsiones durante los 7 días posteriores a la lesión en la cabeza?..... 1 2

**END F20s4**

C32. ¿Le ha dicho alguna vez un proveedor de cuidado médico (médico, dentista, enfermera especializada o un auxiliar médico) que usted padece de las siguientes:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Culebrilla (Herpes Zoster).....	1	2
b. Erupciones de la piel (salpullido).....	1	2
c. Candida o sapito, hongos dentro de la boca .....	1	2
d. Herpes en o alrededor de su boca (ampollas).....	1	2

C33. ¿Le ha dicho alguna vez un trabajador de salud que su contaje de las células CD4 (el contaje de las células T) es menor de 200 o más bajo del 14%?

YES .....1  
NO / NEVER HEARD OF IT .....2

C34. En algún momento, ¿se le ha hecho alguna biopsia? Una biopsia es cuando se remueve una muestra de tejido, muchas veces un nódulo o una masa, con una aguja o mediante una incisión.

YES .....1  
NO .....2 (C35)

¿En qué parte de su cuerpo? ¿Fue una:      YES      NO

a. Biopsia de los pulmones?.....	1	2
b. Biopsia de la piel?.....	1	2
c. Biopsia de la medula espinal? .....	1	2
d. Biopsia de la cervix?.....	1	2
e. Biopsia de el seno?.....	1	2
f. Biopsia de hígado.....	1	2
g. Biopsia de útero o endometrio?.....	1	2
h. Otra parte del cuerpo, no previamente mencionada? .....	1	2

SPECIFY: \_\_\_\_\_

C35. ¿Alguna otra enfermedad crónica que requirió tratamiento médico u hospitalización, excluyendo la infección por el VIH?

YES .....1  
NO .....2 (C36)

**LIST ILLNESSES IN a THROUGH h BELOW. (PROBE: ¿Alguna otra?)**

a. _____	e. _____
b. _____	f. _____
c. _____	g. _____
d. _____	h. _____

WIHS ID #

C36. En algún momento, ¿le pusieron a usted alguna de las siguientes vacunas?  
**FOR EACH “YES” RESPONSE, ASK: ¿Cuándo fue la primera vez? Sólo necesito saber el año.**

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	i. <u>YEAR</u>
a. Hepatitis A	1	2 <b>(b)</b>	_ _ _ _
b. Hepatitis B	1	2 <b>(c)</b>	_ _ _ _
c. Pneumovax	1	2 <b>(d)</b>	_ _ _ _
d. Varicella (chicken pox)	1	2 <b>(e)</b>	_ _ _ _
e. Tétano	1	2 <b>(f)</b>	_ _ _ _
f. Viruela	1	2 <b>(g)</b>	_ _ _ _
g. La gripe	1	2 <b>(SECTION D)</b>	_ _ _ _

**SECTION D. OBSTETRIC, GYNECOLOGICAL AND CONTRACEPTIVE HISTORY**

**INTRODUCTION:** Ahora voy a preguntarle sobre sus embarazos previos, su historial ginecológico y métodos anticonceptivos.

D1. ¿Ha estado encinta alguna vez?

YES .....1  
 NO .....2 **(D12)**

D2. ¿Está Ud. embarazada actualmente?

YES .....1  
 NO .....2

D3. ¿Cuántas veces ha estado embarazada (excluyendo el actual)? Por favor, incluya todos sus embarazos, no importa como hayan resultado.

|\_|\_| PREGNANCIES

**START F20s2**

- INSTRUCTIONS:**
- **READ:** Ahora voy a preguntarle acerca de todos sus embarazos (excluyendo el actual). Comencemos con el primer embarazo.
  - **HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 8.**
  - **COMPLETE FOR ALL PREGNANCIES REPORTED AT D3, THEN SKIP TO QUESTION D11.**

	a. ¿Cuál fue el resultado del embarazo (#)?	b. ¿Cuántos bebés nacieron?	c. ¿Cuándo fue/ocurrió eso? Sólo necesito el mes y año.
D4. 1st	Nacido vivo .....1      Embarazo Ectópico ..... 5 (c) Nacido muerto .....2      Otro .....6 (c) Aborto (Inducido/ Electivo/Terapéutico).....3 (c) Aborto Espontáneo (Aborto natural) .....4 (c)	_ _ _  # BABIES	_ _  /  _ _  M                  Y
	_____ (SPECIFY)		

WIHS ID #

	a. ¿Cuál fue el resultado del embarazo (#)?	b. ¿Cuántos bebés nacieron?	c. ¿Cuándo fue/ocurrió eso? Sólo necesito el mes y año.
D5. 2nd	LIVE BIRTH.....1 STILLBIRTH.....2 ABORTION .....3 (c) MISCARRIAGE .....4 (c) _____ <b>(SPECIFY)</b>	ECTOPIC PREG.....5 (c) OTHER .....6 (c)  # BABIES	_____/_____ M Y
D6. 3rd	LIVE BIRTH.....1 STILLBIRTH.....2 ABORTION .....3 (c) MISCARRIAGE .....4 (c) _____ <b>(SPECIFY)</b>	ECTOPIC PREG.....5 (c) OTHER .....6 (c)  # BABIES	_____/_____ M Y
D7. 4th	LIVE BIRTH.....1 STILLBIRTH.....2 ABORTION .....3 (c) MISCARRIAGE .....4 (c) _____ <b>(SPECIFY)</b>	ECTOPIC PREG.....5 (c) OTHER .....6 (c)  # BABIES	_____/_____ M Y
D8. 5th	LIVE BIRTH.....1 STILLBIRTH.....2 ABORTION .....3 (c) MISCARRIAGE .....4 (c) _____ <b>(SPECIFY)</b>	ECTOPIC PREG.....5 (c) OTHER .....6 (c)  # BABIES	_____/_____ M Y
D9. 6th	LIVE BIRTH.....1 STILLBIRTH.....2 ABORTION .....3 (c) MISCARRIAGE .....4 (c) _____ <b>(SPECIFY)</b>	ECTOPIC PREG.....5 (c) OTHER .....6 (c)  # BABIES	_____/_____ M Y
D10. 7th	LIVE BIRTH.....1 STILLBIRTH.....2 ABORTION .....3 (c) MISCARRIAGE .....4 (c) _____ <b>(SPECIFY)</b>	ECTOPIC PREG.....5 (c) OTHER .....6 (c)  # BABIES	_____/_____ M Y

**END F20s2**

**PROMPT: IF THE PARTICIPANT REPORTED MORE THAN SEVEN PREGNANCIES, XEROX THIS PAGE AND INSERT AFTER PAGE 13.**

D11. ¿Ha amamantado alguna vez?

YES .....1  
NO .....2 **(D12)**

a. ¿Por cuántos meses en total ha amamantado, aproximadamente?

\_\_\_\_\_  
MONTHS

**PROMPT: IF PARTICIPANT IS CURRENTLY PREGNANT, SKIP TO QUESTION D14.**

D12. ¿Ha tenido usted, alguna vez, una histerectomía, extirpación del útero/matriz?

YES .....1  
NO .....2 **(D14)**

WIHS ID #

a. ¿Cuándo fue/ocurrió eso? Sólo necesito el año.  
(**PROBE:** Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.)

YEAR			

D13. ¿Por qué le hicieron la histerectomía? ¿Fue debido a:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Fibroides (miomas)? .....	1	2
b. Infección? .....	1	2
c. <b>Cáncer?</b> .....	<b>1</b>	2
d. Complicaciones del embarazo/parto? .....	1	2
e. Hemorragia no relacionada con el embarazo? .....	1	2
f. Alguna otra razón? .....	1	2 <b>(D14)</b>
SPECIFY: _____		

**PROMPT: IF D13c = YES, THEN COMPLETE ABSTRACT TRACKING CHECKLIST AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.**

D14. ¿Se le ha sacado uno o ambos ovarios? (**PROBE:** ¿Uno o ambos?)

NO OVARIES REMOVED .....	1
ONE OVARY REMOVED .....	2
BOTH OVARIES REMOVED .....	3

D15. ¿Ha tenido alguna vez un procedimiento de esterilización permanente, tal como ligadura de trompas o procedimiento para insertar el dispositivo anticonceptivo Essure?

YES .....	1
NO .....	2 <b>(D16)</b>

a. ¿Le han hecho la operación para soltarlas/unirlas?

YES .....	1
NO .....	2

D16. ¿Alguna vez ha tomado la píldora (anticonceptivos orales)?

YES .....	1
NO .....	2 <b>(D17)</b>

a. ¿Durante cuántos años en total ha usado la píldora (anticonceptivos orales)? ¿Diría Ud. que las tomó durante:

Menos de un año .....	1
1 a 5 años .....	2
Más de 5 años .....	3

D17. Alguna vez, ¿se ha hecho una prueba de Pap (*Pap Smear*, prueba Papanicolaou, un examen para la detección temprana del cáncer de cérvix)?

YES .....	1
NO .....	2 <b>(D19)</b>

a. ¿Cuándo se hizo su prueba de Pap más reciente? Sólo necesito saber el año. (**PROBE:** Por favor, déme su mejor estimado.)

YEAR			

D18. Alguna vez, ¿se le ha dicho que el resultado de su prueba de Pap fue anormal?

- YES ..... 1
- NO ..... 2

D19. Alguna vez, ¿Tuvo una colposcopia? (**PROBE:** En una colposcopia se usa un instrumento similar a unos binoculares para examinar el cuello uterino y se podría o no tomar muestra para una biopsia.)

- YES ..... 1
- NO ..... 2

D20. Alguna vez, ¿Fue usted tratada por alguna anomalía en el cuello del útero?

- YES ..... 1
- NO ..... 2 (**D22**)

D21. Qual fue el tratamiento:

- La criocirugía (el congelar de la cerviz) ..... 1
- Loop, LEEP or LETZ (corte eléctrico de la cerviz) ..... 2
- Conization del laser o ablación (un laser fue utilizado) ..... 3
- Histerectomia (cirugía bajo anestesia; cirugía que remueve el utero) ..... 4
- Ninguno de los anteriormente mencionado ..... 5

D22. Alguna vez, ¿ha recibido tratamiento por alguna otra condición ginecología?

- YES ..... 1
- NO ..... 2 (**D23**)

a. Para que recibiste el tratamiento? SPECIFY: \_\_\_\_\_

Alguna vez, ¿le ha dicho algún trabajador de salud (médico, enfermera, partera o auxiliar de médicos o enfermera especializada) que Ud. ha padecido de:

	YES	NO
D23. Gonorrea (GC, the clap)? .....	1	2
D24. Sífilis?.....	1	2
D25. Clamidia?.....	1	2
D26. PID, enfermedad inflamatoria de la pelvis? .....	1	2
D27. Herpes en o alrededor del área genital? ( <b>PROBE:</b> Su vagina o no) .....	1	2
D28. Verrugas en o alrededor del área genital? ( <b>PROBE:</b> Su vagina o no) .....	1	2
D29. Vaginitis Tricomonas?.....	1	2
D30. Vaginosis bacteriana, VB? .....	1	2
D31. Infección vaginal causada por candida u hongos? .....	1	2



WIHS ID #

D32. ¿Se ha hecho la mamografía alguna vez? (**PROBE:** Un mamografía es un tipo de rayo x especial para examinar los senos.)

YES .....1  
NO .....2 (**SECTION E**)

a. ¿Cuándo se hizo el mamografía más reciente? Sólo necesito saber el año.  
(**PROBE:** Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.)

|\_|\_|\_|\_|  
YEAR

D33. ¿Su mamografía más reciente fue hecho:

Como examen de rutina o debido a su edad .....1  
Porque existe una historia familiar de cáncer de los senos.....2  
Para evaluar una masa o un nódulo .....3  
Por alguna otra razón .....4

SPECIFY: \_\_\_\_\_

**SECTION E. CIGARETTE AND DRUG USE AND SEXUAL BEHAVIOR**

E1. Estas preguntas están relacionadas con el consumo de cigarrillos. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos (alrededor de 5 cajetillas) en su vida?

YES .....1  
NO .....2 (**E6**)

E2. ¿Fuma cigarrillos actualmente?

YES .....1 (**E5**)  
NO .....2

E3. ¿Cuándo dejó de fumar cigarrillos? (**PROBE:** La vez más reciente.)  
Sólo necesito saber el mes y el año.

|\_|\_| / |\_|\_|  
M Y

E4. Antes de dejar de fumar, ¿cuántos cigarrillos, en promedio, fumaba por día?

|\_|\_|\_| PACKS .....1  
NUMBER CIGARETTES .....2

E5. ¿Durante cuántos meses o años en total [ha fumado/fumó] cigarrillos?

(**PROBE:** Sin contar los años en que Ud. no fumó cigarrillos.)  
(**PROBE:** Si no puede recordar exactamente, por favor, deme el mejor estimado que pueda.)

|\_|\_| YEARS AND |\_|\_| MONTHS

E6. ¿Hubo alguna vez algún período de tiempo en particular durante el cual Ud. bebió más de lo que ha bebido en los últimos seis meses?

YES .....1  
NO .....2 (**E10**)



WIHS ID #

		MENTIONED		i. ¿Ha estado e [program] durante los últimos meses?	
¿Qué programa? (PROBE: ¿Algún otro?) [FOR EACH "YES" ASK QUESTION "i"]		<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>YES</u>	<u>NO</u>
c.	HALFWAY HOUSE.....	1	2 (d)	1	2
d.	ALCOHOLICS ANONYMOUS.....	1	2 (e)	1	2
e.	OTHER ALCOHOL TREATMENT PROGRAM.....	1	2 (E11)	1	2

SPECIFY: \_\_\_\_\_

**INTRODUCTION:** Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el uso de drogas. Sus respuestas son estrictamente confidenciales.

E11. En algún momento, ha usted usado marihuana, cualquiera médicos o de esparcimiento, cocaína, crack, heroína, amfetaminas or methamphetaminas, hallucinogens, drogas “de club” (como extasis), metadona o narcoticos que no han sido recetados por su medico, o cualquier otro ilícito de drogas o de recreo?

YES .....1  
NO .....2 (E30)

**PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 10 FOR USE IN ANSWERING QUESTIONS E12a – E27a AND E30 AND E34.**

E12. En algún momento, ¿ha usado marihuana o hachís?

YES .....1  
NO .....2 (E13)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usaba Ud. marihuana o hachís?

Menos de una vez al mes.....1  
Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2  
Una vez por semana .....3  
2 a 3 veces por semana .....4  
4 a 6 veces por semana .....5  
Una vez al día.....6  
Más de una vez al día .....7

b. Fue el uso de la marihuana médica (es decir, prescritas por un médico) o de recreación, o ambos?

Era médico.....1  
Se recreativas.....2  
Era médico y de esparcimiento.....3

E13. En algún momento, ¿ha fumado crack?

YES .....1  
NO .....2 (E14)

- a. En promedio, ¿con que frecuencia fumado Ud. crack?
  - Menos de una vez al mes.....1
  - Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
  - Una vez por semana .....3
  - 2 a 3 veces por semana .....4
  - 4 a 6 veces por semana .....5
  - Una vez al día .....6
  - Más de una vez al día .....7

- E14. En algún momento, ¿ha inyectó sólo crack?
  - YES .....1
  - NO .....2 (E15)

- a. En promedio, ¿con que frecuencia inyectó Ud. crack?
  - Menos de una vez al mes.....1
  - Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
  - Una vez por semana .....3
  - 2 a 3 veces por semana .....4
  - 4 a 6 veces por semana .....5
  - Una vez al día .....6
  - Más de una vez al día .....7

- E15. En algún momento, ¿ha inhalado cocaína?
  - YES .....1
  - NO .....2 (E16)

- a. En promedio, ¿con que frecuencia inhalado cocaína?
  - Menos de una vez al mes.....1
  - Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
  - Una vez por semana .....3
  - 2 a 3 veces por semana .....4
  - 4 a 6 veces por semana .....5
  - Una vez al día .....6
  - Más de una vez al día .....7

- E16. En algún momento, ¿ha inyectó sólo cocaína?
  - YES .....1
  - NO .....2 (E17)

- a. En promedio, ¿con que frecuencia inyectó Ud. cocaína?
  - Menos de una vez al mes.....1
  - Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
  - Una vez por semana .....3
  - 2 a 3 veces por semana .....4
  - 4 a 6 veces por semana .....5
  - Una vez al día .....6
  - Más de una vez al día .....7

E17. En algún momento, ¿ha inhalado heroína?

- YES .....1
- NO .....2 **(E18)**

a. En promedio, ¿con que frecuencia inhalado heroína?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana .....3
- 2 a 3 veces por semana .....4
- 4 a 6 veces por semana .....5
- Una vez al día .....6
- Más de una vez al día .....7

E18. En algún momento, ¿ha fumado heroína?

- YES .....1
- NO .....2 **(E19)**

a. En promedio, ¿con que frecuencia fumado Ud. heroína?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana .....3
- 2 a 3 veces por semana .....4
- 4 a 6 veces por semana .....5
- Una vez al día .....6
- Más de una vez al día .....7

E19. En algún momento, ¿ha inyectó sólo heroína?

- YES .....1
- NO .....2 **(E20)**

a. En promedio, ¿con que frecuencia inyectó Ud. heroína?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana .....3
- 2 a 3 veces por semana .....4
- 4 a 6 veces por semana .....5
- Una vez al día .....6
- Más de una vez al día .....7

E20. En algún momento, ¿ha inyectó *Speedball* (una combinación de heroína y cocaína)?

- YES .....1
- NO .....2 **(E21)**

a. En promedio, ¿con que frecuencia inyectó Ud. inyectó *Speedball* (una combinación de heroína y cocaína)?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana .....3
- 2 a 3 veces por semana .....4
- 4 a 6 veces por semana .....5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día .....7

E21. En algún momento, ¿ha inhaldo o fumado metanfetamina (crank, cristal-met, tina)

- YES .....1
- NO .....2 (E22)

a. En promedio, ¿con que frecuencia inhaldo o fumado Ud. metanfetamina?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana .....3
- 2 a 3 veces por semana .....4
- 4 a 6 veces por semana .....5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día .....7

E22. En algún momento, ¿ha inyectó sólo metanfetamina (crank, cristal-met, tina)?

- YES .....1
- NO .....2 (E23)

a. En promedio, ¿con que frecuencia inyectó Ud. metanfetamina?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana .....3
- 2 a 3 veces por semana .....4
- 4 a 6 veces por semana .....5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día .....7

E23. En algún momento, ¿ha usado metadona, cuando no se la recetó un m9dico?

- YES .....1
- NO .....2 (E24)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. metadona, cuando no se la recet.: un m9dico?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana .....3
- 2 a 3 veces por semana .....4
- 4 a 6 veces por semana .....5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día .....7

E24. En algún momento, ¿ha usado anfetaminas (speed, aceleradores, uppers)?

YES .....1

NO .....2 (E25)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. anfetaminas?

Menos de una vez al mes.....1

Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2

Una vez por semana .....3

2 a 3 veces por semana .....4

4 a 6 veces por semana .....5

Una vez al día .....6

Más de una vez al día .....7

E25. En algún momento, ¿ha usado alucinógenos tal como LSD, PCP, hongos, peyote?

YES .....1

NO .....2 (E26)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. alucinógenos?

Menos de una vez al mes.....1

Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2

Una vez por semana .....3

2 a 3 veces por semana .....4

4 a 6 veces por semana .....5

Una vez al día .....6

Más de una vez al día .....7

E26. En algún momento, ¿ha usado drogas de club tal como éxtasis, XTC, cetamina, o GHB?

YES .....1

NO .....2 (E27)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. drogas de club?

Menos de una vez al mes.....1

Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2

Una vez por semana .....3

2 a 3 veces por semana .....4

4 a 6 veces por semana .....5

Una vez al día .....6

Más de una vez al día .....7

E27. En algún momento, ¿ha usado Ud. alguna otra droga tales como píldoras narcóticas (morfina, codeína, oxycodone o Demerol), cuando no se la recetó un médico?

YES .....1

NO .....2 (b)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. otra droga tales como píldoras narcóticas, cuando no se la recetó un médico?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana .....3
- 2 a 3 veces por semana .....4
- 4 a 6 veces por semana .....5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día .....7

b. En algún momento, ¿se ha inyectado algún narcótico?

- YES .....1
- NO .....2

E28. ¿Alguna vez le ha sangrado la nariz por inhalar o aspirar drogas?

- YES .....1
- NO .....2

E29. ¿Le ha sangrado la nariz a alguna otra persona mientras estaba inhalando o aspirando drogas con usted?

- YES .....1
- NO .....2

E30. En algún momento, ¿ha usado Ud. alguna tranquilizantes, píldoras para dormir, barbitúricos, o valium, le fueron recetadas a Ud. o no?

- YES .....1
- NO .....2 (E31)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. alguna tranquilizantes, píldoras para dormir, barbitúricos, o valium?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana .....3
- 2 a 3 veces por semana .....4
- 4 a 6 veces por semana .....5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día .....7

E31. **INTERVIEWER, BASED ON RESPONSES TO QUESTIONS E14 (crack), E16 (cocaine), E19 (heroin), E20 (speedball), E22 (methamphetamine), AND E27b (narcotic drugs), HAS PARTICIPANT EVER INJECTED DRUGS?**

- YES .....1
- NO .....2 (E40)

E32. ¿Cuántos años tenía cuando se inyectó drogas de la calle por primera vez?  
(PROBE: Por favor, déme su mejor estimado.)

E33. ¿Cuántos años tenía cuando se inyectó drogas de la calle por última vez?  
(PROBE: Por favor, déme su mejor estimado.)



E34. Cuando se inyectaba drogas de la calle, ¿con qué frecuencia promedio las usaba?

- Menos de una vez al mes ..... 1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana..... 2
- Una vez por semana..... 3
- 2 a 3 veces por semana..... 4
- 4 a 6 veces por semana..... 5
- Una vez al día ..... 6
- Más de una vez al día..... 7

E35. ¿Se las inyectó, alguna de esas veces, en un escondite (*shooting gallery*)?

- YES ..... 1
- NO ..... 2

E36. ¿Alguna vez, aunque sea solo una vez, usó una aguja o jeringa ya usada por otra persona? Cuando digo “utensilios” (“works”) quiero decir agujas, jeringas y / o elementos para cocinar.

- YES ..... 1
- NO ..... 2 (E40)

E37. ¿Cuántos años tenía usted cuando empezó a usar agujas o jeringas ya usadas por otra persona? (**PROBE:** Por favor, déme su mejor estimado.)

E38. ¿Cuántos años tenía cuando se usado una aguja o “utensilios” (“works”) después de que alguien la hubiera usado? (**PROBE:** Por favor, déme su mejor estimado.)

E39. ¿Cuántas veces, ha usado una aguja o jeringa después de que alguien la hubiera usado?

- Rara vez ..... 1
- Menos de la mitad de las veces..... 2
- La mitad del tiempo ..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- En todo momento..... 5

E40. ¿Ha estado usted en un programa de tratamiento para adictos a las drogas, incluyendo los centros de desintoxicación con o sin reclusión, programas de mantenimiento con metadona, casas de recuperación, Narcóticos Anónimos, programas en la prisión o cárcel y /o cualquier otro(s) programa(s).

- YES ..... 1
- NO ..... 2 (E41)

¿Qué programa? ( <b>PROBE:</b> ¿Algún otro?) [FOR EACH “YES” ASK SUBQUESTIONS i AND ii]	MENTIONED		i. ¿Cuántas veces comenzó (program)?	ii. ¿Cuántos días (total) estuvo en este tipo de programa?
	YES	NO		
a. INPATIENT DRUG DETOX .....	1	2 (b)	<input style="width: 40px;" type="text"/> #TIMES	
b. OUTPATIENT DRUG DETOX .....	1	2 (c)	<input style="width: 40px;" type="text"/> #TIMES	
c. METHADONE MAINTENANCE PROGRAM .....	1	2 (d)	<input style="width: 40px;" type="text"/> #TIMES	<input style="width: 40px;" type="text"/> # DAYS

WIHS ID #

¿Qué programa? ( <b>PROBE:</b> ¿Algún otro?) [FOR EACH “YES” ASK SUBQUESTIONS i AND ii]	MENTIONED		i. ¿Cuántas veces comenzó (program)?	ii. ¿Cuántos días (total) estuvo en este tipo de programa?
	<u>YES</u>	<u>NO</u>		
d. HALFWAY HOUSE.....	1	2 (e)	<input type="text"/> <input type="text"/> #TIMES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> # DAYS
e. NARCOTICS ANONYMOUS .....	1	2 (f)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> # DAYS
f. PRISON OR JAIL-BASED TREATMENT PROGRAM.....	1	2 (g)	<input type="text"/> <input type="text"/> #TIMES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> # DAYS
g. OTHER PROGRAMS?.....	1	2 (E41)		
SPECIFY: _____			<input type="text"/> <input type="text"/> #TIMES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> # DAYS

**INTRODUCTION:** Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre todo tipo de conducta sexual con hombres o mujeres, incluyendo prostitución o relaciones sexuales a cambio de dinero, drogas, o alojamiento (albergue). Comprendo que esto es muy personal, pero sus respuestas son muy importantes para este estudio. Hay muchas personas diferentes en este estudio, y puede ser que muchas de las preguntas no se apliquen a Ud.

E41. El primer grupo de preguntas es sobre todos los hombres con los que Ud. haya tenido relaciones sexuales en su vida. En este caso, "relaciones sexuales" incluye sexo vaginal (cuando un hombre introduce el pene en su vagina), ambos tipos de sexo oral (el pene dentro de su boca y/o cuando un hombre pone la lengua en o dentro de su vagina), y sexo anal (sexo por su trasero/fundillos/culo). ¿Con cuántos hombres o muchachos distintos ha tenido relaciones sexuales en su vida?  
(**PROBE:** Esto incluye cualquier experiencia sexual con un hombre, ya sea con o sin su consentimiento.)  
(**PROBE:** Por favor, deme el mejor estimado que pueda.)   
(**CODE AS “000” IF NONE**) # MALE PARTNERS

**PROMPT: IF RESPONSE AT E41 = “000” SKIP TO E49.**

E42. ¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo su primera experiencia sexual con un hombre o muchacho, con o sin su consentimiento?   
YEARS OLD

Desde 1978, ¿tuvo relaciones sexuales de cualquier tipo (vaginal, oral o anal) con un hombre que Ud. supo que... YES      NO

E43. ... alguna vez se inyectó drogas (con una aguja; es decir *skin popping*, inyectada debajo de la piel *shooting up*, o inyectarse por vía intravenosa) sin que fueran prescritas por un médico?..... 1      2

E44. ...tenía hemofilia (un trastorno que produce sangrados que duran por largo tiempo o que no se detienen)?..... 1      2

E45. ...dio resultado positivo a la prueba del VIH (el virus que causa el SIDA) o que se enfermó o murió de SIDA o por síntomas relacionados con el SIDA? ..... 1      2

E46. ...alguna vez haya tenido relaciones sexuales con otro hombre? ..... 1      2

WIHS ID #

E47. ¿Con cuántos hombres diferentes (incluyendo adultos y muchachos) tuvo relaciones sexuales, en los últimos cinco años? (CODE AS "000" IF NONE) |\_|\_|\_|\_|  
# MALE PARTNERS

E48. ¿Alguna vez tuvo sexo anal (sexo por su trasero/fundillos/culo) con un compañero?

YES .....1  
NO .....2

E49. Ahora voy a preguntarle sobre relaciones sexuales con compañeras, o sea, con mujeres. En este caso, "relaciones sexuales" incluye sexo vaginal (cuando ella le mete los dedos, puños, la lengua, juguetes sexuales, consoladores o vibradores en o dentro de su vagina), relaciones sexuales orales (cuando Ud. o ella pone la lengua o la boca en o dentro de sus vaginas) y sexo anal (cuando ella mete los dedos, puños, la lengua, juguetes sexuales o consoladores en su recto). ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con una mujer (sea adulta o joven)?

(PROBE: Esto incluye cualquier experiencia sexual con mujeres, con o sin su consentimiento.)

YES .....1  
NO .....2 (E55)

E50. ¿Con cuántas mujeres (adultas o jóvenes) ha tenido relaciones sexuales en su vida?

(PROBE: Esto incluye cualquier experiencia sexual con mujeres, ya sea con o sin consentimiento.)

(PROBE: Por favor, deme el mejor estimado que pueda.)

|\_|\_|\_|\_|  
# FEMALE PARTNERS

Desde 1978, ¿tuvo relaciones sexuales de cualquier tipo (vaginal, oral o anal) con una mujer que Ud. supo que...

YES      NO

E51. ... alguna vez se inyectó drogas (con una aguja; es decir *skin popping*, inyectada debajo de la piel *shooting up*, o inyectarse por vía intravenosa) sin que fueran prescritas por un médico? .... 1      2

E52. ...dio resultado positivo a la prueba del VIH (el virus que causa el SIDA) o que se enfermó o murió de SIDA o por síntomas relacionados con el SIDA? ..... 1      2

E53. ¿Con cuántas mujeres distintas (incluyendo adultas o jóvenes) ha tenido relaciones sexuales en los últimos cinco años? (CODE AS "000" IF NONE) |\_|\_|\_|\_|  
# FEMALE PARTNERS

E54. ¿Alguna vez ha practicado sexo anal (cuando su compañera introduce sus dedos, lengua, juguetes sexuales o un consolador en su recto) con una compañera?

YES .....1  
NO .....2

WIHS ID #

E55. ¿Ud. se considera a sí misma...

- Heterosexual.....1
- Bisexual.....2
- Lesbiana/Gay.....3
- Otra.....4

SPECIFY: \_\_\_\_\_

E56. Alguna vez en su vida, ¿ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero, drogas o alojamiento?

- YES** .....1
- NO .....2 (E57)

a. ¿Ha tenido relaciones sexuales a cambio de drogas solamente?

- YES** .....1
- NO .....2

**PROMPT: IF SHADED RESONSE, REFER PARTICIPANT TO COUNSELOR.**

E57. TIME MODULE ENDED:

|\_|\_| : |\_|\_|

- AM.....1
- PM.....2