

Screening ID: _____
MACS ID: _____
Person Completing Form: _____

5. Cuál es su fecha de nacimiento? ____ / ____ / ____

6. ¿Es usted hispano/latino? NO SI

7. ¿De qué raza u origen étnico se considera usted? ¿Usted se considera [READ EACH AND MARK ALL THAT APPLY]?

- Blanco/anglo-americano Nativo de Alaska
 Negro/afro-americano Asiático
 Nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico
 Nativo Americano (De América del Norte, América del Sur o Centroamérica)
 Otro; por favor, especifique: _____

**IF PARTICIPANT REFUSED CONSENT (Q3 IS NO),
STOP HERE**

8. ¿Cómo supo de este estudio?

	<u>NO</u>	<u>SI</u>
a. Alguien se lo mencionó ¿Fue esta persona un participante actual o pasado del estudio MACS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Periódico, anuncio, hoja suelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. El centro MACS le avisó para que participara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Su médico o proveedor de cuidado médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Alguien que no trabaja con el centro MACS se comunicó con usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. No recuerda o no sabe quién se comunicó con usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Otro; por favor, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCION B: ESTADO DEL VIH Y CONDICIONES MEDICAS

Obtain a consent for blood draw and HIV antibody testing on all participants.

1.a. ¿Le han hecho la prueba del VIH, el virus que causa el SIDA?

- NO → | **Skip to Q2** |
 SI

b. ¿Resultó positivo?

- NO → | **Skip to Q2** |
 SI

c. ¿En qué año resultó positivo por primera vez? _____

2. ¿Le ha dicho alguna vez su médico, o proveedor de cuidado médico, que usted tiene alguna de las siguientes condiciones de salud?

READ EACH ITEM

	(a) Si el participante contesta "No", vaya a la próxima.	(b) ¿En qué año le diagnosticaron esta condición por <u>primera</u> vez?
A. Sarcoma de Kaposi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
B. Pulmonía causada por <i>Pneumocystis carinii</i> (Neumocistosis)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
C. Pérdida de peso repentina y severa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
D. Candidiásis, o infección en el esófago (el canal entre la boca y el estómago), no solo en la boca	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
E. PML, o leucoencefalopatía multifocal progresiva, una enfermedad del cerebro	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____

F. Demencia o encefalopatía, o un problema de la memoria o confusión causado por el VIH	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
G. Cocci, infección coccidioidomicosis	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
H. Toxoplasmosis, infección en el cerebro	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
I. Meningitis relacionada al VIH, o criptococosis del sistema nervioso central	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
J. Criptococosis sin meningitis	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
K. Infección causada por el citomegalovirus en sus ojos, pulmones, colon, u otra parte	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
L. MAI, MAC, o infección causada por una micobacteria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
M. Infección de los pulmones o del esófago (el canal entre la boca y el estómago) causada por el herpes simplex	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
N. Histoplasmosis, o infección en la sangre causada por la bacteria salmonella	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
O. Linfoma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
P. Criptosporidiósis	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____

Las próximas preguntas son relacionadas a la tuberculosis activa, o TB. Para probar si una persona tiene TB, el doctor puede hacer una prueba de la tuberculina en la piel, a veces llamada la prueba PPD. Si la piel muestra que ha estado expuesta o infectada con TB, se hacen más pruebas para saber si la persona está actualmente enferma con TB. Estas pruebas pueden ser rayos-X, o se le pide que tosa en una máquina. Si está enferma se dice que “tiene tuberculosis”. A veces se dice que la tuberculosis está activa o infecciosa. Usualmente, si una persona tiene tuberculosis, se le hacen pruebas de tuberculosis a las personas que viven o trabajan con el/ella.

Screening ID: _____
MACS ID: _____
Person Completing Form: _____

3. a. ¿Alguna vez ha contraído tuberculosis activa?

NO → | **Skip to Q4** | SI

b. ¿Tuvo tuberculosis en sus pulmones? NO SI

c. ¿Tuvo tuberculosis en otra parte de su cuerpo (no en los pulmones)? NO
 SI

4. Además de estos diagnósticos, ¿alguna vez le ha dicho su doctor que usted tiene SIDA?

NO SI

**IF PARTICIPANT REPORTED ANY OF THE ABOVE CONDITIONS,
OBTAIN A MEDICAL RECORDS RELEASE.**

If "NO" to all conditions, skip to Section C.

5. ¿Tomó usted alguno de los medicamentos para tratar el VIH antes de que se enfermara con alguna de las condiciones mencionadas?

NO → | **STOP, Thank participant.** |
 SI → | **Skip to Section C, Q2a.** |
 No lo sé

SECCION C: HISTORIAL DE MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRICOS

Ahora quiero preguntarle sobre algunos medicamentos antiretrovÍricos que usted puede haber tomado. Para este estudio, necesitamos saber quÉ medicamento ha tomado y cuÁndo lo tomÓ.

**HAND PARTICIPANT ANTIVIRAL PHOTO MEDICATION CARDS
AS A REFERENCE**

1. ¿Ha tomado alguna vez medicamentos relacionados al VIH?

- NO → | **Skip to Section D** |
 SI

**GO THROUGH THE MEDICATION PHOTO CARDS WITH THE
PARTICIPANT, SAYING THE NAME OF EACH DRUG ALOUD
AND ASKING HIM WHETHER HE HAS TAKEN THIS DRUG**

2.a. ¿Ha tomado alguno de los siguientes inhibidores de proteasa (PI)?

Inhibidores de Proteasa

- Agenerase (amprenavir, 141W94)
- Crixivan (indinavir)
- Kaletra (lopinavir/ritonavir, ABT-378/r)
- Viracept (nelfinavir)
- Norvir (ritonavir)
- Invirase o Fortovase (saquinavir)
- Tomando un inhibidor de proteasa, pero no recuerda el nombre del medicamento.
- Otro, por favor, especifique: _____

IF NONE OF THE BOXES ARE CHECKED, SKIP TO Q3.a

b. De los que ha tomado, ¿cuál o cuáles tomó primero? _____

c. ¿Cuándo lo(s) tomó por primera vez? (mes/año) _____ / _____

3.a. ¿Ha tomado alguna vez alguno de los siguientes inhibidores no nucleósidos de transcriptasa inversa (NNRTI en inglés)?

Inhibidores no nucleósidos de transcriptasa inversa (NNRTI)

- Rescriptor (delavirdine, U-90)
- Sustiva (efavirenz, DMP266)
- Viramune (nevirapine)
- Emivirine (coactinon)
- Ha tomado estos medicamentos, pero no recuerda cuáles
- Otro, por favor, especifique: _____

b. De los que ha tomado, ¿cuál o cuáles tomó primero? _____

c. ¿Cuándo lo(s) tomó por primera vez? (mes/año) _____ / _____

4. a. ¿Ha tomado alguna vez alguno de los siguientes inhibidores nucleósidos de transcriptasa inversa (NRTI en inglés)?

Inhibidores nucleósidos de transcriptasa inversa (NRTI)

- Ziagen (abacavir, 1592U89)
- Trizivir (abacavir + AZT + 3TC)

IF NONE OF THE BOXES ARE CHECKED, SKIP TO SECTION D

b. De los que ha tomado, ¿cuál o cuáles tomó primero? _____

c. ¿Cuándo lo(s) tomó por primera vez? (mes/año) _____ / _____

**IF PARTICIPANT REPORTED ANY OF THE ABOVE MEDICATIONS,
OBTAIN MEDICAL RELEASE**

SECCION D: INFORMACION DEL COMPORTAMIENTO

Me gustaría preguntarle seriamente acerca de sus actividades sexuales y uso de drogas. Al decir actividades sexuales me refiero a sexo oral, anal/rectal y genital, con hombres o mujeres, ya sea si hubo o no eyaculación. Entendemos que esto es un tema muy personal. Sus respuestas serán completamente confidenciales.

1. ¿Se ha involucrado en actividades sexuales con otra persona?

- NO → | **Skip to Q3** |
 SI

2.a. ¿Alguna vez ha colocado su pene en la boca de otra persona? NO SI

b. ¿Alguna vez ha colocado su pene en la vagina de otra persona? NO SI

c. ¿Alguna vez ha colocado su pene en el recto
(ano, nalgas, por detrás) de otra persona? NO SI

3. ¿Alguna vez se ha inyectado drogas por placer o diversión? NO SI