

# BASE DE REFERENCIA PARA NUEVOS REGISTROS: SECCIÓN 4

## 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

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.		
3	6	5
0	0	
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	
9	9	

HORA DE INICIO			
HORA	MIN		
0	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		0	
<input type="radio"/> Feb			
<input type="radio"/> Mar	0	0	<input type="radio"/> 01
<input type="radio"/> Abr	1	1	<input type="radio"/> 02
<input type="radio"/> May	2	2	
<input type="radio"/> Jun	3	3	
<input type="radio"/> Jul	4		
<input type="radio"/> Ago	5		
<input type="radio"/> Sep	6		
<input type="radio"/> Oct	7		
<input type="radio"/> Nov	8		
<input type="radio"/> Dic	9		

## INTRODUCCIÓN A LA ENTREVISTA

Vamos a empezar con unas preguntas sobre su historia clínica. Voy a leerle una serie de preguntas sobre enfermedades, síntomas que posiblemente haya tenido y medicamentos que pudiera haber tomado. Al principio de cada sección voy a leerle una pregunta y si necesita alguna aclaración, puede interrumpirme y yo trataré de explicarle la pregunta.

Es posible que le resulte difícil responder a algunas preguntas y que no recuerde fechas con exactitud. Por eso, le pido que se tome el tiempo necesario para responder, así podremos obtener la información más precisa posible.

Por último, quisiera recordarle que todas sus respuestas son confidenciales y no afectan de ninguna manera la atención clínica que recibirá.

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO



SERIAL #

3/8" spine perf

1. ¿Ha estado enfermo desde su última visita?

- No → **PASE A LA PREG. 2**  
 Sí

Vamos a empezar con una lista de afecciones médicas. Es posible que no las reconozca todas porque algunas son poco comunes, pero si ha tenido alguna, seguro que la va a reconocer. [Desde su última visita en (MES)] ¿Algún doctor o proveedor de servicios médicos, por ejemplo, un enfermero o enfermera o un asistente médico le ha dicho alguna vez que sufre de alguna de las siguientes enfermedades? (NOMBRE CADA UNA)?

SÍ DIJO NO A a PASE A LA HILERA SIGUIENTE	a	b ¿En qué mes recibió el diagnóstico por primera vez?
<b>A. Sarcoma de Kaposi</b>  <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA HILERA SIGUIENTE		<input type="text"/> E F M A M J J A S O N D <input type="text"/> 01 02
<b>B. Neumonía causada por Pneumocystis carinii</b>  <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA HILERA SIGUIENTE		<input type="text"/> E F M A M J J A S O N D <input type="text"/> 01 02
<b>C. Otros tipos de pulmonía o afecciones pulmonares aparte de bronquitis)</b>  <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA HILERA SIGUIENTE		<input type="text"/> E F M A M J J A S O N D <input type="text"/> 01 02
<b>D. Toxoplasmosis o Toxoinfección</b>  <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA HILERA SIGUIENTE		<input type="text"/> E F M A M J J A S O N D <input type="text"/> 01 02
<b>E. Infección por citomegalovirus (CMV) en la vista, los pulmones, el colon u otra parte del cuerpo. ¿En qué parte?</b> MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN (NO MARQUE "SÍ" SI SE TRATÓ SÓLO DE ANTICUERPOS CMV)  <input type="radio"/> Vista <input type="radio"/> Pulmones <input type="radio"/> Colon <input type="radio"/> Otro (no la sangre)  Especifique: <input type="text"/>		<input type="text"/> E F M A M J J A S O N D <input type="text"/> 01 02
<b>F. MAI, MAC o infección micobacterial</b>  <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA HILERA SIGUIENTE		<input type="text"/> E F M A M J J A S O N D <input type="text"/> 01 02
<b>G. Linfoma, tipo específico</b> <input type="radio"/> Linfoma cerebral primario <input type="radio"/> Linfoma no Hodgkiniano <input type="radio"/> Otro  Especifique: <input type="text"/>		<input type="text"/> E F M A M J J A S O N D <input type="text"/> 01 02
<b>H. Meningitis relacionada con el virus VIH o meningitis criptocócica</b>  <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA HILERA SIGUIENTE		<input type="text"/> E F M A M J J A S O N D <input type="text"/> 01 02
<b>I. Infección criptocócica sin meningitis</b>  <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA HILERA SIGUIENTE		<input type="text"/> E F M A M J J A S O N D <input type="text"/> 01 02
<b>J. Cándida o muguet, una infección por levadura del esófago (el conducto que conecta la boca con el estómago)</b>  <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA HILERA SIGUIENTE		<input type="text"/> E F M A M J J A S O N D <input type="text"/> 01 02

OBTENGA PERMISO MÉDICO



3. A. [Desde su última visita en (MES)], ¿ha tenido una infección de tuberculosis activa? NO  SÍ
- PASE A LA PREG. 4
- B. ¿Tenía la tuberculosis en sus pulmones?
- C. ¿Tenía la tuberculosis en otra parte del cuerpo (aparte de sus pulmones)?
4. [Desde su última visita en (MES)], además de estos diagnósticos, ¿le ha diagnosticado un médico u otro proveedor de servicios médicos la enfermedad del SIDA? NO  SÍ
5. ¿Le ha diagnosticado un médico u otro proveedor de servicios médicos la enfermedad de cáncer (aparte del Sarcoma de Kaposi, linfoma cerebral primario, o linfoma no Hodgkiniano)?

No → SI DIJO NO, PASE A LA PREG. 6

Sí

a SI ES ASÍ: ¿Qué tipo de cáncer?	b ¿En qué mes y año recibió el diagnóstico por primera vez?																																																																
<p>1) Sitio <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Tipo <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">0</td><td>1M</td><td>2M</td><td>3M</td><td>4M</td><td>5M</td><td>6M</td><td>7M</td><td>8M</td><td>9M</td></tr> <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	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M	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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td></tr> <tr><td>91</td><td>92</td><td>93</td><td>94</td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>00</td><td>01</td><td>02</td></tr> </table>	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02
0	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M																																																								
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	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																						
91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02																																																						
<p>2) Sitio <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Tipo <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">0</td><td>1M</td><td>2M</td><td>3M</td><td>4M</td><td>5M</td><td>6M</td><td>7M</td><td>8M</td><td>9M</td></tr> <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	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M	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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td></tr> <tr><td>91</td><td>92</td><td>93</td><td>94</td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>00</td><td>01</td><td>02</td></tr> </table>	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02
0	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M																																																								
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	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																						
91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02																																																						

c ¿Cuál fue el nombre y la dirección del médico quien diagnosticó el cáncer?

1)

Nombre del hospital, clínica o médico

Dirección

Ciudad  Estado

2)

Nombre del hospital, clínica o médico

Dirección

Ciudad  Estado

6. ¿Ha tenido usted un trasplante de órganos? NO  SÍ
7. ¿Le han hecho tratamientos de radiación en los últimos 20 años, aparte de radiografías en un consultorio odontológico o para realizar un diagnóstico de problemas pulmonares u óseos?

**8.A. En los últimos seis meses, ¿ha sido hospitalizado por algún motivo? Esto incluye una estadía de una noche o si se le internó durante un día para un procedimiento. Por favor mencione toda hospitalización por motivos médicos o psiquiátricos pero no por tratamientos que haya recibido en la sala de emergencia cuando se le dió de alta el mismo día.**

- No → **PASE A LA PREG. 9**  
 Sí ↓

En los últimos 6 meses, ¿en cuántas ocasiones fue internado en un hospital por una noche por lo menos?

	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**

**B. Cuénteme sobre (su hospitalización o cada estadía en el hospital) empezando por la más reciente.**

(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		91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02		

b. ¿Cuántas noches permaneció en el hospital en esa ocasión?

	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 PALABRAS DEL ENTREVISTADO**

**SI EXISTE RELACIÓN CON EL SIDA, MÁRQUELO SEGÚN CORRESPONDA EN LAS PREGUNTAS 1a 3**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**SI SÓLO HUBO UNA HOSPITALIZACIÓN (VEA LA RESPUESTA A 8A), PASE A LA PREG. 9**

(2) a. ¿En qué fecha empezó su segunda 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		91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02		

b. ¿Cuántas noches permaneció en el hospital en esa ocasión?

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

NOCHES

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

**ANOTE TODOS LOS DETALLES EN PALABRAS DEL ENTREVISTADO**

**SI EXISTE RELACIÓN CON EL SIDA, MÁRQUELO SEGÚN CORRESPONDA EN LAS PREGUNTAS 1a 3**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

d. ¿Fue usted hospitalizado anteriormente en los últimos seis meses?

- No → **PASE A LA PREG. 9**  
 Sí ↓

**SI HUBO MÁS DE DOS HOSPITALIZACIONES, MARQUE ESTA RESPUESTA Y USE UNA HOJA PARA CONTINUAR**

e. ¿Ha sido usted hospitalizado, ha recibido medicamentos bajo receta o ha consultado a un profesional de salud mental para recibir tratamiento por la depresión?

- No  
 Sí  
 No sé

**SI ES ASÍ: ¿En qué mes y año fue el más reciente?**

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02

Antes de 1988

**9.A. Ahora vamos a preguntarle sobre los diagnósticos de afecciones específicas que usted o sus familiares cercanos hayan recibido. Al decir familiares cercanos nos referimos a su madre, su padre y sus hermanos biológicos.**

**¿Alguno de sus familiares más cercanos ha sido hospitalizado, ha recibido medicamentos bajo receta o tratamientos por la depresión?**

- No     Sí     No sé

**9. B. ¿Alguno de sus familiares más cercanos ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades (LEA CADA UNA)?**

	NO	SÍ	NO SÉ
1. Alta presión sanguínea o hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pancreatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Diabetes o nivel alto de azúcar en la sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dolor en el pecho relacionado con enfermedades del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ataque cardíaco antes de cumplir 60 años de edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Infarto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Nivel alto de colesterol o de lípidos en la sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Fractura o lesión de cadera antes de cumplir 60 años de edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PASE A LA PREG. 10**

**PASE A LA PREG. 10**

**SERIAL #**



14. ¿Un médico u otro proveedor de servicios médicos le ha diagnosticado alguno de los siguientes problemas (LEA CADA UNO)?

	NO, NUNCA	SÍ PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	SÍ, EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
<b>A. Culebrilla (o Herpes Zoster)</b> <b>SI ES ASÍ:</b> ¿En qué mes y año empezó este episodio de culebrilla (Herpes zoster)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>B. Muguet (levadura en la boca)</b> <b>SI ES ASÍ:</b> ¿En qué mes y año empezó este episodio de muguet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>C. Mononucleosis infecciosa</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>D. Anemia drepanocítica</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>E. Sinusitis (una infección en los espacios paranasales que requiere antibióticos)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>F. Bronquitis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>G. Pancreatitis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>H. Presión sanguínea alta o hipertensión</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>I. Lesión en la cabeza con pérdida del conocimiento</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>J. Dolor de pecho o angina</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>K. Ataque al corazón</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>L. Insuficiencia cardíaca congestiva</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>M. Infarto</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>N. Ataque epiléptico</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>O. Osteoporosis (reducción de la densidad ósea)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>P. Enfermedad renal</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Q. Artritis</b> <b>SI ES ASÍ,</b> ¿qué tipo?: (Lea y conteste cada una)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reumática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artrosis o degenerativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sabe qué tipo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>R. Necrosis avascular o reemplazo de cadera</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>S. Prueba de hepatitis o análisis sanguíneo que dio positivo para la hepatitis? [Esto incluye las visitas al médico por hepatitis crónica.]</b> <b>SI ES ASÍ,</b> ¿qué tipo?: (Lea y conteste cada una)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis A o hepatitis infecciosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B o hepatitis por suero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sabe qué tipo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>T. Enfermedad hepática</b> <b>SI ES ASÍ,</b> ¿qué tipo?:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inflamación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de función hepática elevada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sabe qué tipo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>U. ¿Ha sido vacunado contra la Hepatitis A?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>V. ¿Ha sido vacunado contra la Hepatitis B?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBTENGA PERMISO MÉDICO

OBTENGA PERMISO MÉDICO

3/8" spine perf

**SERIAL #**

15. ¿Alguna vez se ha sometido a una evaluación neurológica o a un examen físico, aparte de este estudio, para detectar problemas del sistema nervioso?  NO  SÍ

**SI ES ASÍ**, ¿se diagnosticó su condición?

**SI ES ASÍ**, ¿cuál fue el diagnóstico?

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

16. En los últimos 2 años, ¿ha acudido a un médico u otro proveedor de servicios médicos para detectar alguna (otra) condición o problema relacionado con lo siguiente? Con:

a) Algo que le afectaba todo el cuerpo  NO  SÍ

**SI ES ASÍ**: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

b) La vista

**SI ES ASÍ**: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

c) Los oídos, la nariz, la garganta, la boca

**SI ES ASÍ**: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

d) El corazón

**SI ES ASÍ**: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

e) Los pulmones

**SI ES ASÍ**: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

f) El estómago o los intestinos

**SI ES ASÍ**: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

g) Los huesos, las articulaciones o los músculos

**SI ES ASÍ**: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

h) Los órganos genitales o los urinarios

**SI ES ASÍ**: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

i) La piel

**SI ES ASÍ**: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

j) El sistema nervioso  NO  SÍ

**SI ES ASÍ**: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

k) Una condición psicológica

**SI ES ASÍ**: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

l) Las hormonas

**SI ES ASÍ**: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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



16. Continuación

m) La sangre o los líquidos corporales

NO  Sí

SI ES ASÍ: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

n) Las alergias o el sistema inmunológico

SI ES ASÍ: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

o) Otro

SI ES ASÍ: ¿Cuál fue el diagnóstico?

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

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

17.A. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes tipos de herpes, sin incluir el herpes zoster?

NO  Sí

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

SI DIJO QUE NO A LAS 4, PASE A LA PREG. 18

B. ¿Ocurrió el primer ataque de herpes en los últimos 6 meses?

C. ¿Ha habido algún período durante los últimos 6 meses durante el cual las llagas (de herpes) parecieron haberse presentado con mayor frecuencia, empeoraron o duraron más de lo normal?

18. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o afecciones? (LEA CADA UNA)?

ENFERMEDAD O AFECCIÓN	a ALGUNA VEZ TUVO LA ENFERMEDAD		b ¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	
	NO	Sí	NO	Sí
A) Sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B) Algún tipo de gonorrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SI DIJO "NO" A (B), PASE A (F)				
C) Gonorrea uretral (gonorrea o secreción de la vía urinaria)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D) Gonorrea oral (de la boca o la garganta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E) Gonorrea rectal (del recto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F) Uretritis no específica o uretritis no gonocócica (es decir, una secreción del pene que no ha sido causada por la gonorrea)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G) Verrugas genitales o anales (condylomata acuminata)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H) Clamidia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I) Alguna enfermedad producida por parásitos, incluyendo lombrices, shigelosis, salmonelosis, disentería por amebas, o giardiasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Especifique:

3/8" spine perf

19.A. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas o síntomas durante los últimos 6 meses?

PROBLEMA O SÍNTOMA  POR CADA SÍ EN a, PREGUNTE b Y c.	a (LEA CADA UNO) ¿Ocurrió en los últimos 6 meses?		b ¿Duró 2 semanas o más?		c ¿Tiene este problema actualmente?	
	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ
1) 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"/>
2) 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"/>
3) 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"/>
4) 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"/>
5) 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"/>
6) 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"/>
7) 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"/>
8) Cándida o manchas blancas en la boca o garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Dolor en las articulaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) 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"/>
11) 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"/>
12) Moretones extraños, protuberancias o decoloración de la piel que duró por lo menos dos semanas	<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"/>
14) Anemia, nivel bajo de glóbulos rojos o nivel bajo de hemoglobina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Hemorragia extraña o hemorragias difíciles de controlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) 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"/>

19.A. Continuación

PROBLEMA O SÍNTOMA POR CADA SÍ EN a, PREGUNTE b Y c.	a (LEA CADA UNO) ¿Ocurrió en los últimos 6 meses?		b ¿Duró 2 semanas o más?		c ¿Tiene este problema actualmente?	
	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ
17) Nausea, vómito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Dolor abdominal, hinchazón, calambres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) Dolor o debilidad muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Cálculos renales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21) Nivel alto de azúcar en la sangre, diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22) Niveles altos de colesterol, triglicéridos o lípidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23) Dolor al orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24) Distribución anormal de grasa o cambios anormales en la grasa del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25) Pesadillas o sueños intensos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26) Insomnio o problemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19.B. En los últimos 6 meses ha experimentado:

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

3/8" spine perf

20.A. ¿Algún doctor u otro proveedor de cuidados médicos le hizo un análisis sanguíneo para determinar si usted tiene virus VIH resistente a ciertas drogas?

- No → **PASE A LA PREG. 21**  
 Sí

B. ¿Qué tipo de análisis le hicieron?

	NO	SÍ	NO SÉ
1) Fenotipo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Genotipo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. ¿Su tratamiento (medicamentos) ha sido cambiado a raíz de los resultados de dicha prueba?

No  
 Sí  
 No sé

21. ¿Alguna vez 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.)

- No  Sí → **PASE A LA PREG. 21.B (1)**

21.B. (1) ¿Ha tomado algún medicamento o droga en esta lista? [MUESTRE LA LISTA 1 Y LAS FOTOS DE LOS MEDICAMENTOS]

Identifique los medicamentos que ha tomado a medida que le leo o le muestro cada uno.

¿Ha tomado (nombre del medicamento)?

MEDICAMENTO	a		b	c		
	Alguna vez lo tomó			Lo tomó en los últimos 6 meses		
	NO	SÍ	En qué año comenzó		NO	SÍ
3-TC (Epivir, Lamivudine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abacavir (Ziagen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amprenavir (Agenerase)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AZT (Retrovir, Zidovudine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atazanavir (BMS-232632)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Combivir (AZT & 3-TC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d4T (Zerit, Stavudine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ddC (dideoxycytidine, HIVID, Zalcitabine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ddI (dideoxyinosine, Didanosine, Videx)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delavirdine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Efavirenz (Sustiva)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indinavir (Crixivan)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21.A. SI DIJO NO: ¿Por qué no está tomando los medicamentos relacionados con el virus VIH?

LEA CADA OPCIÓN Y MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- No está infectado con el virus del SIDA (VIH) → **PASE A LA PREG. 22**
- 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

Especifique:

**PASE A LA PREG. 22**

21.B. (1) Continuación

MEDICAMENTO	a		b	c		
	Alguna vez lo tomó			Lo tomó en los últimos 6 meses		
	NO	SÍ	En qué año comenzó		NO	SÍ
Lopinavir (Kaletra)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nelfinavir (Viracept)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nevirapine (Viramune)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ritonavir (Norvir)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saquinavir (Invirase, Fortovase)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenofovir (Viread)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trizivir (abacavir+zidovudine+lamivudine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T-20 (Pentafuside)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras drogas antivirales de la lista de drogas 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique: <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"/> 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique: <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"/> 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique: <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"/> 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SI DIJO QUE "SÍ" PARA ALGÚN MEDICAMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, PASE A LA PREG. 21.B. (3).

(2) SI NO LOS HA TOMADO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES: ¿Por qué no está tomando los medicamentos para el VIH?

LEA CADA OPCIÓN, MARQUE TODAS LAS QUE SEAN VÁLIDAS

- El doctor dijo que no era necesario
- No estaba enfermo(a)
- Demasiado costoso
- No cree que den resultados ni 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

Especifique:

PASE A LA PREG. 21.C

(3) En los últimos 6 meses, ¿dejó de tomar por lo menos 2 días seguidos todos los medicamentos recetados de su tratamiento antirretroviral?

No → PASE A LA PREG. 21.C

Sí

SI DIJO SÍ: ¿Cuántas veces sucedió esto?

<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

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

No  Sí

¿Durante cuántos días dejó de tomarlo la última vez?

<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

RELLENE EL FORMULARIO I PARA CADA MEDICAMENTO MARCADO ARRIBA EN LA PREG. 21.B (1) QUE HAYA TOMADO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

SERIAL #

21.C. (1) En los últimos 6 meses, ha tomado algún medicamento o droga en la siguiente lista [MUESTRE LA LISTA # 2] para combatir 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. 21.D**  
 Sí

(2) Enumere los medicamentos que ha tomado. (RELLENE EL CÍRCULO JUNTO AL MEDICAMENTO. SI LOS MEDICAMENTOS NO ESTÁN EN LA LISTA, ESCRIBA EL NOMBRE DEBAJO DE "OTRO" SEGÚN LA RESPUESTA DEL PARTICIPANTE.)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Atovaquone (BW566C80, Mepron)                               | <input type="radio"/> Hidroxiurea (Hydrea)                |
| <input type="radio"/> Acitromicina (Zithromax)                                    | <input type="radio"/> Interleukin-2 (IL-2)                |
| <input type="radio"/> Bactrim (Septra)  | <input type="radio"/> Itraconazol                         |
| <input type="radio"/> Ciprofloxacina (CIPRO)                                      | <input type="radio"/> Ketoconazol (Nizoral)               |
| <input type="radio"/> Claritromicina (Biaxin)                                     | <input type="radio"/> Megase                              |
| <input type="radio"/> Coenzima Q  | <input type="radio"/> Mycelex (clotrimazol)               |
| <input type="radio"/> Factores estimulantes de colonias (GM-CSF, G-CSF, Neupogen) | <input type="radio"/> NAC (N-acetyl-cysteine)             |
| <input type="radio"/> Dapsone   | <input type="radio"/> Nandrolona (Decadurabolin)          |
| <input type="radio"/> DHEA  | <input type="radio"/> Nistatina (Micostatin)              |
| <input type="radio"/> Etambutol   | <input type="radio"/> Oxandrin                            |
| <input type="radio"/> Eritropoyetina (Epogen)                                     | <input type="radio"/> Pentamidina (en aerosol)            |
| <input type="radio"/> Flagyl (metronidazol)                                       | <input type="radio"/> Rifabutin (ansamicina, Mycobutin)   |
| <input type="radio"/> Fluconazol (Diflucan)                                       | <input type="radio"/> Testosterona (Delatestryl, Virilon) |
| <input type="radio"/> Ganciclovir (DHPG)  | <input type="radio"/> Ensayo de vacuna (genérica)         |

Otros en la lista de medicamentos # 2

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

**RELLENE EL FORMULARIO II PARA CADA DROGA MARCADA ARRIBA EN LA PREG. 21.C (2)**

D. (1) En los últimos 6 meses, ha recibido algún medicamento, droga u otro tratamiento que no aparezca en la lista para combatir o prevenir la enfermedad causada por el VIH o tratar las enfermedades relacionadas con el VIH o SIDA?

- No → **PASE A LA PREG. 22**  
 Sí

(2) Enumere los otros tratamientos relacionados con el VIH que haya recibido.

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>																																																																																																			
<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	<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	<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
	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																																																																																											
4. <input type="text"/>	5. <input type="text"/>	6. <input type="text"/>																																																																																																			
<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	<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	<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
	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																																																																																											
7. <input type="text"/>	8. <input type="text"/>	9. <input type="text"/>																																																																																																			
<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	<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	<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
	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																																																																																											

22. Ahora quiero hacerle algunas preguntas sobre drogas y medicamentos que usted pudiera haber tomado por otros problemas de salud. Entre éstos se incluyen medicamentos recetados u otras cosas que haya tomado por su cuenta durante los últimos 6 meses.

PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN "NO" A OTROS MEDICAMENTOS (15a)	a ¿(Nombre de la droga)? La ha tomado o usado en los últimos 6 meses?	b Diga el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó y para qué lo tomó?
SI DIJO "NO" A a, PASE AL SIGUIENTE ELEMENTO	NO SI	
1) Esteroides por vía oral o intravenal	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Nombre: _____ Usado para: _____
2) Hormona o medicamento para la tiroides	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Nombre: _____
3) Otras hormonas tales como esteroides anabólicos	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Nombre: _____ Usado para: _____
4) Antibióticos tales como penicilina, tetraciclina, eritromicina, o sulfa	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Name: _____ Usado para: _____
5) Medicamento por vía oral para infección micótica	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Nombre: _____
6) Medicamento por vía oral para lombrices o parásitos	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Nombre: _____
7) Tranquilizantes o píldoras para dormir SI DIJO SÍ, ¿ha tomado o utilizado alguno en los últimos 7 días? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Nombre: _____ Usado para: _____
8) Antidepresivos o estimulantes del ánimo	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Nombre: _____
9) Litio	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Usado para: _____
10) Aciclovir, famciclovir o valaciclovir para herpes SI DIJO SÍ, recibió este medicamento para: ¿herpes crónico? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí ¿herpes intermitente? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Nombre: _____
11) Viagra	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Usado para: _____
12) Colesterol, triglicéridos o medicamentos para reducción de lípidos a. (ESPECIFIQUE en la columna b)	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI PASE A LA PREG. 22.13	Nombre: _____
b. (ESPECIFIQUE en la columna b)	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI PASE A LA PREG. 22.13	Nombre: _____
13) Medicamentos utilizados para diabetes a. (ESPECIFIQUE en la columna b)	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI PASE A LA PREG. 22.14	Nombre: _____
b. (ESPECIFIQUE en la columna b)	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI PASE A LA PREG. 22.14	Nombre: _____

SERIAL #

3/8" spine perf

22. Continuación

PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN "NO" A OTROS MEDICAMENTOS (15a)	a ¿(Nombre de la droga)? La ha tomado o usado en los últimos 6 meses?	b Diga el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó y para qué lo tomó?																														
SI DIJO "NO" A a, PASE AL SIGUIENTE ELEMENTO																																
<p>14) Medicamentos para la hepatitis</p> <p>a. (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" data-bbox="194 304 576 399"> <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	<p>NO    sí</p> <p><input type="radio"/>    <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 22.15</p>	<p>Nombre:</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																							
<p>b. (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" data-bbox="194 462 576 556"> <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	<p><input type="radio"/>    <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 22.15</p>	<p>Nombre:</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																							
<p>15) a. Otro (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" data-bbox="194 619 576 714"> <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	<p><input type="radio"/>    <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 23</p>	<p>Nombre:</p> <p>Usado para:</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																							
<p>b. Otro (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" data-bbox="194 777 576 871"> <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	<p><input type="radio"/>    <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 23</p>	<p>Nombre:</p> <p>Usado para:</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																							
<p>c. Otro (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" data-bbox="194 934 576 1029"> <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	<p><input type="radio"/>    <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 23</p>	<p>Nombre:</p> <p>Usado para:</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																							
<p>d. Otro (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" data-bbox="194 1092 576 1186"> <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	<p><input type="radio"/>    <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 23</p>	<p>Nombre:</p> <p>Usado para:</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																							
<p>e. Otro (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" data-bbox="194 1249 576 1344"> <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	<p><input type="radio"/>    <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 23</p>	<p>Nombre:</p> <p>Usado para:</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																							
<p>f. Otro (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" data-bbox="194 1407 576 1501"> <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	<p><input type="radio"/>    <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 23</p>	<p>Nombre:</p> <p>Usado para:</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																							
<p>g. Otro (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" data-bbox="194 1564 576 1659"> <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	<p><input type="radio"/>    <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 23</p>	<p>Nombre:</p> <p>Usado para:</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																							
<p>h. Otro (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" data-bbox="194 1722 576 1816"> <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	<p><input type="radio"/>    <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 23</p>	<p>Nombre:</p> <p>Usado para:</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																							



23.A. ¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra el VIH en una prueba clínica?

No **PASE A LA PREG. 24**  Sí

B. ¿Sabe el nombre de la prueba?

No  Sí → Especifique:

	0	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M
	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. ¿Dónde se administró esta prueba?

Nombre del hospital o clínica	
Dirección	
Ciudad	Estado

Ahora me gustaría preguntarle sobre su seguro médico actual.

24.A. ¿En la actualidad, tiene usted [HAGA CADA PREGUNTA Y ESCRIBA LA RESPUESTA]

	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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Seguro médico CHAMPUS o CHAMP-VA, para familiares a cargo de personal militar o familiares de veteranos incapacitados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Especifique:

<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

24.B. ¿Cubre su seguro todo o parte del costo de sus medicinas?  NO  SÍ

SI CONTESTÓ "NO" A LAS PREGUNTAS 24 (1-8) Y 24B, PASE A LA PREGUNTA 28

25. A. En los últimos 6 meses, ¿ha cambiado o a perdido su seguro médico?

NO  SÍ  
**PASE A LA PREG. 27**

B. SI ES ASÍ, ¿fue ese cambio realizado por elección propia?  NO  SÍ

C. ¿Se debió el cambio a alguna de las siguientes razones? [HAGA CADA PREGUNTA]

	NO	SÍ
1) Perdió su empleo o renunció	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Cambió de trabajo (de compañía o estado laboral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) La compañía cambió de seguro o lo eliminó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Una condición médica existente que limitó las opciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Para poder elegir los doctores o proveedores de servicios de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Necesitaba o deseaba un seguro de mas o mejores servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Cambiaron los requisitos para solicitar Medicaid, Medi-Cal, o Asistencia Médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Motivos financieros (costo de los pagos mensuales, copagos o deducibles)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Califica para Medicare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D. [SI RESPONDE "SÍ" A MÁS DE UNA OPCIÓN DE LA PREG. 25.C, PREGUNTE] ¿Cuál fue la razón PRINCIPAL? [LEA TODAS LAS OPCIONES Y SELECCIONE UNA ÚNICAMENTE]

- Perdió su empleo o renunció
- Cambió de trabajo (de compañía o estado laboral)
- La compañía cambió de seguro o lo eliminó
- Una condición médica existente que limitó las opciones
- Para poder elegir los doctores o proveedores de servicios de salud
- Necesitaba o deseaba un seguro médico con mas o mejores servicios
- Cambiaron los requisitos para solicitar Medicaid, Medi-Cal, o Asistencia Médica
- Motivos financieros (costo de los pagos mensuales, copagos o deducibles)
- Califica para Medicare

3/8" spine perf

26. ¿Tuvo que ver alguna de las siguientes razones con la elección de su seguro médico? (HAGA CADA PREGUNTA)

	NO	SÍ
1) Su compañía ofrece únicamente un plan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Sólo califica para el seguro actual debido a una condición médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Puede elegir los doctores o proveedores de servicios de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Necesitaba o deseaba un seguro médico con mas o mejores servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Califica para Medicaid, Medi-Cal, o Asistencia Médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Motivos financieros (costo de los pagos mensuales, copagos o deducibles)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Califica para Medicare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. En general, ¿Qué tan satisfecho está usted con su plan de seguros actual? [MUÉSTRELE LA TARJETA AL PARTICIPANTE O LEA EN VOZ ALTA]

- 1) Totalmente satisfecho(a), es inmejorable
- 2) Muy satisfecho(a)
- 3) Algo satisfecho(a)
- 4) Ni satisfecho(a) ni insatisfecho(a)
- 5) Algo insatisfecho(a)
- 6) Muy insatisfecho(a)
- 7) Totalmente insatisfecho(a), es de lo peor

28. En la actualidad, ¿tiene algún tipo de seguro dental?

- No
- Sí

29. ¿Dónde acude normalmente para recibir atención médica, incluso si no ha recibido atención médica en los últimos 6 meses? [LEA TODAS LAS OPCIONES Y ESCOJA SÓLO UNA].

- HMO
- Consultorio médico (que no sea de un HMO) incluyendo la atención de emergencia
- Cualquier clínica
- Sala de emergencias
- Otro tipo de consulta externa

Especifique

- No acude a un proveedor de servicios médicos regular
- No sabe

30. En los últimos 6 meses, ¿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		b
	¿Ha utilizado alguno (diga cada opción) en los últimos 6 meses?		
1) HMO	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<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) Consultorio médico (seguro médico regular) incluyendo la atención de emergencia	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<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) Cualquier clínica	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<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) Sala de urgencias	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<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
5) Otro tipo de consulta externa	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<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

Especifique:

31. En los últimos 6 meses, ¿ha utilizado ALGUNO de los siguientes proveedores o servicios?

SERVICIO	a ¿Ha utilizado alguno de éstos en los últimos 6 meses? (diga cada opción)	b ¿Cuántas veces? (99 = 99 ó más)																						
1) Proveedor de servicios de salud dental (por ejemplo, un dentista o higienista dental)	<input type="radio"/> NO PASE A LA SIGUIENTE HILERA  <input type="radio"/> Sí	<table border="1"> <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	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) Proveedor de servicios de salud mental (psicólogo, psiquiatra, trabajador social, otro terapeuta o consejero)	<input type="radio"/> NO PASE A LA SIGUIENTE HILERA  <input type="radio"/> Sí	<table border="1"> <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	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) Otro proveedor de cuidados de salud (quiropático, nutricionista, acupunturista, herbalista)	<input type="radio"/> NO PASE A LA SIGUIENTE HILERA  <input type="radio"/> Sí	<table border="1"> <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	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) Toda forma de cuidado de salud pagado en su casa (servicios de enfermera a domicilio, asistencia domiciliaria, pero no el cuidado recibido de parte de compañeros, familiares o amigos)	<input type="radio"/> NO PASE A LA PREG. 32  <input type="radio"/> Sí	<table border="1"> <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	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														

32. Por favor calcule la cantidad TOTAL de gastos directos que usted o seres cercanos a usted (tales como su compañero/a, familiares, o amigos) han gastado en medicamentos recetados en los últimos 6 meses.

\$

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

O BIEN

- No sabe
- Fue rechazado(a)
- Se negó

33.A. ¿Hubo alguna ocasión en los últimos 6 meses en que no recibió atención médica, o dental, o en que no obtuvo medicamentos bajo receta que creyó necesitar?

- No → PASE A LA PREG. 34
- Sí ↓

B. **SI ES ASÍ:** ¿Hubo alguna ocasión en que no buscó [u obtuvo] (LEA CADA OPCIÓN) que creyó necesitar?

1) Cuidado médico

- No → PASE A LA PREG. (2)
- Sí → ¿Por qué no buscó atención médica?

[LEA CADA OPCIÓN Y MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS VÁLIDAS]

- Motivos financieros
- Otros motivos no financieros

Especifique:

33.B. Continuación

2) Atención dental

- No → PASE A (3)
- Sí → ¿Por qué no buscó atención dental?

[LEA CADA OPCIÓN Y MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS VÁLIDAS]

- Motivos financieros
- Otros motivos no financieros

Especifique:

3) Medicamentos con receta médica

- No → PASE A LA PREG. 34
- Sí → ¿Por qué no obtuvo medicamentos con receta médica?

[LEA CADA OPCIÓN Y MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS VÁLIDAS]

- Motivos financieros
- Otros motivos no financieros

Especifique:

34. ¿Hubo alguna ocasión en los últimos 6 meses en que un doctor o algún otro proveedor de servicios médicos se negó a atenderlo(a)?

- No
- Sí

35. ¿Hubo alguna ocasión en los últimos 6 meses en que se negaron a proveerle asistencia dental?

- No
- Sí

36. En la actualidad, ¿cuál de las siguientes categorías describe sus ingresos anuales?

- Menos de \$10.000
- Entre 10.000 y 19.999
- Entre 20.000 y 29.999
- Entre 30.000 y 39.999
- Entre 40.000 y 49.999
- Entre 50.000 y 59.999
- 60.000 o más
- No desea responder

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

- No
- Sí

38. ¿Ha cambiado su trabajo o su manera de trabajar por razones relacionadas con el VIH?

- No → **PASE A LA PREG. 39**
- 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) Su empleador se enteró que esta infectado con el VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Sus colegas se enteraron de su estado con la infección VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Obtuvo jubilación anticipada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Cambió de empleo por una decisión personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Para recibir los beneficios de un seguro de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Para recibir mejores beneficios de incapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) 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.

39. A. ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?

- No → **PASE A LA PREG. 40**
- Sí

B. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar (cigarrillos)?

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

39. Continuación

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

- No → **PASE A LA (D)**
- Sí → **PASE A LA (E)**
- Ocasionalmente (menos de un cigarrillo por día) → **PASE A LA (F)**

D. ¿Cuánto hace que dejó de fumar?

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

- hace meses **O BIEN**  hace años

**PASE A LA (F)**

E. 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

F. Piense en el período en el que fumó más, ¿cuántos (paquetes de) cigarrillos fumaba por día?

- Nunca fumó con regularidad (nunca más de 1 cigarrillo por día)
- Menos de 1/2 paquete por día
- Al menos 1/2 paquete; pero menos de un paquete al día
- Al menos 1 paquete por día pero menos de 2
- 2 o más paquetes por día

40. Las siguientes preguntas están relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas, es decir, vino, cerveza o licor.

A. ¿Consumió alguna bebida alcohólica durante el último año?

- No → **PASE A LA PREG. 41**
- Sí

B. ¿Con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas (un vaso de cerveza, vino, una bebida mezclada, algún tipo de bebida alcohólica)?

- Al menos una vez al día
- Casi todos los días
- Entre 3 y 4 veces por semana
- Una o dos veces por semana
- Entre 2 y 3 veces por mes
- Aproximadamente una vez por mes
- Entre 6 y 11 veces por año
- Entre 1 y 5 veces por año

C. Los días en que consumió alguna bebida alcohólica, en general ¿cuántos tragos consumió en total? (Al decir tragos nos referimos a una lata o un vaso de cerveza, un vaso de vino de 4 onzas, un trago de licor de 1 1/2 onzas, o una bebida mezclada con esa cantidad de licor).

- Entre 1 y 2 tragos
- Entre 3 y 4 tragos
- Entre 5 y 6 tragos
- 7 o más tragos

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus actividades sexuales. Estoy consciente de que este es un tema muy personal. Sus respuestas son completamente confidenciales.

**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.

41. ¿Ha participado en alguna actividad sexual con otra persona en los últimos 2 años?

No → **PASE A LA PREG. 50**  
 Sí  
 ↓

42. ¿Ha participado en alguna actividad sexual con una mujer en los últimos 2 años?

No → **PASE A LA PREG. 46**  
 Sí  
 ↓

43. ¿Ha participado en alguna actividad sexual con una mujer en los últimos 6 meses?

No → **PASE A LA PREG. 46**  
 Sí  
 ↓

44. Ahora necesito que me diga con cuántas mujeres distintas ha participado en actividades sexuales en los últimos 6 meses.

A. ¿Con cuántas mujeres distintas (si hubo alguna) ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? 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 relaciones sexuales completas (o coito) en los últimos 6 meses?

	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

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. 45.10**

45. **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 en los últimos 6 meses?	b ¿Con cuántas mujeres participó en esta actividad [en los últimos 6 meses]? (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). SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (4).	NO    Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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
	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 HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: 2) ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó condón para participar en sexo oral, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?  SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA: ¿Usó condón <u>cada</u> vez que participó en sexo oral, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?	NO    Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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
	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

45. Continuación

<p>SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA: USE LA COLUMNA a. SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: USE LA COLUMNA b.</p>	<p>a ¿Participó en esta actividad con alguna mujer en los últimos 6 meses?</p>	<p>b ¿Con cuántas mujeres participó en esta actividad [en los últimos 6 meses]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar lo mejor que pueda)</p>																																	
<p>TIPO DE ACTIVIDAD</p>																																			
<p>SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: 3) ¿Con cuántas mujeres eyaculó, en la boca de ellas, y no estaba utilizando un condón (o hubo algún problema con el condón)?</p> <p>SI HA TENIDO SÓLO UNA COMPAÑERA: ¿Eyaculó usted en la boca de ella alguna vez que no estaba utilizando un condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p>	<p>NO    Sí <input type="radio"/>    <input type="radio"/></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>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
	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>4) Usted introdujo su pene en la vagina de su compañera (sexo vaginal). SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NUMERO (7).</p>	<p>NO    Sí <input type="radio"/>    <input type="radio"/></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>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
	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 VARIAS COMPAÑERAS: 5) ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó un condón cada vez para sexo vaginal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>SI HA TENIDO SÓLO UNA COMPAÑERA: ¿Utilizó un condón <u>cada</u> vez para sexo vaginal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p>	<p>NO    Sí <input type="radio"/>    <input type="radio"/></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>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
	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 VARIAS COMPAÑERAS: 6) ¿Con cuántas mujeres llegó a eyacular en su vagina y no estaba utilizando un condón (o el condón tuvo algún problema)?</p> <p>SI HA TENIDO SÓLO UNA COMPAÑERA: ¿Eyaculó usted en su vagina alguna vez que no estaba utilizando un condón (o hubo algún problema con el condón)?</p>	<p>NO    Sí <input type="radio"/>    <input type="radio"/></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>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
	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>7) Usted introdujo su pene en el ano de ella (sexo anal). SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NUMERO (10).</p>	<p>NO    Sí <input type="radio"/>    <input type="radio"/></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>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
	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 VARIAS COMPAÑERAS: 8) ¿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?</p> <p>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?</p>	<p>NO    Sí <input type="radio"/>    <input type="radio"/></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>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
	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 VARIAS COMPAÑERAS: 9) ¿Con cuántas mujeres eyaculó en el ano de ellas y no estaba utilizando un condón (o hubo algún problema con el condón)?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA: ¿Eyaculó usted en el ano de ella alguna vez que no estaba utilizando un condón (o hubo algún problema con el condón)?</p>	<p>NO    Sí <input type="radio"/>    <input type="radio"/></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>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
	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

241622-6/8

45. Continuación

TIPO DE ACTIVIDAD	a ¿Participó en esta actividad con alguna mujer en los últimos 6 meses?	b ¿Con cuántas mujeres participó en esta actividad [en los últimos 6 meses]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar lo mejor que pueda)																																	
10) Usted usó su lengua para tocar o lamer el ano o trasero de ella.	NO      Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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
	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																									
11) Usted usó su lengua para tocar o lamer los genitales de ella (vagina, clítoris).	NO      Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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
	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																									

46. ¿Ha participado usted en algún tipo de actividad sexual con un hombre en los últimos 2 años?

No → **PASE A LA PREG. 50**  
 Sí  
 ↓

47. ¿Ha participado usted en algún tipo de actividad sexual con un hombre en los últimos 6 meses?

No → **PASE A LA PREG. 50**  
 Sí  
 ↓

48. Hablemos ahora de los distintos hombres con quienes ha participado en actividades sexuales en los últimos 6 meses.

A. ¿Con cuántos hombres distintos (si ha habido alguno) ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? Aquí definimos la relación sexual de la siguiente manera, usted introdujo su pene en la boca o recto de su compañero o su compañero introdujo su pene en su boca o recto, 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 participado en actividades sexuales que no incluyeron relaciones sexuales completas en los últimos 6 meses?

	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

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. 49.13.**

49. **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 en los últimos 6 meses?	b ¿Con cuántos hombres lo hizo [en los últimos 6 meses]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar la cantidad lo mejor que pueda)																																	
<p>1) Usted introdujo su pene en la boca de él. Si NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (5).</p>	<p>NO      Sí <input type="radio"/>      <input type="radio"/></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>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
	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: 2) Cuando introdujo el pene en la boca de otros hombres, ¿con cuántos de ellos utilizó un condón cada vez que lo hizo, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: Cuando introdujo el pene en la boca de él, ¿utilizó condón, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p>	<p>NO      Sí <input type="radio"/>      <input type="radio"/></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>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
	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: 3) ¿Con cuántos hombres tuvo una eyacuación en la boca de ellos y no estaba utilizando un condón (o hubo algún problema con el condón)?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: ¿Eyaculó usted en la boca de él mientras no estaba usando condón (o hubo algún problema con el condón)?</p>	<p>NO      Sí <input type="radio"/>      <input type="radio"/></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>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
	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>4) Usted introdujo su pene en el ano de él. Si NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (7).</p>	<p>NO      Sí <input type="radio"/>      <input type="radio"/></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>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
	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: 5) Cuando introdujo su pene en el ano de otros hombres, ¿con cuántos de ellos utilizó condón, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: Cuando introdujo su pene en el ano de él, ¿utilizó un condón cada vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p>	<p>NO      Sí <input type="radio"/>      <input type="radio"/></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>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
	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: 6) ¿En los anos de cuántos hombres eyaculó mientras no usaba condón?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: ¿Eyaculó usted en el ano de él mientras no usaba condón (o hubo algún problema con el condón)?</p>	<p>NO      Sí <input type="radio"/>      <input type="radio"/></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>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
	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

241622-5/8

**SERIAL #**



49. 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 en los últimos 6 meses?	b ¿Con cuántos hombres lo hizo [en los últimos 6 meses]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar la cantidad lo mejor que pueda)																																	
7) Él introdujo su pene en la boca suya. SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (10).	NO      Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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
	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 HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS: 8) Las veces en que un hombre introdujo su pene en la boca suya, ¿con cuántos hombres utilizó condón, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?  SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: Las veces en que él introdujo su pene en la boca suya, utilizó condón, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?	NO      Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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
	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 HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS: 9) ¿Cuántos hombres eyacularon en su boca y no tenían puesto condón (o hubo algún problema con el condón)?  SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: ¿Eyaculó él en su boca mientras no usaba condón (o hubo algún problema con el condón)?	NO      Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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
	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																									

10) Él introdujo su pene en el ano de usted. SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (13).	NO      Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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
	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 HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS: 11) Las veces que un hombre introdujo su pene en el ano de usted, ¿con cuántos hombres utilizó condón, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?  SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: Las veces que él introdujo su pene en el ano de usted, ¿utilizó condón, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?	NO      Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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
	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 HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS: 12) ¿Cuántos hombres eyacularon en el ano de usted y no utilizaron condón (o hubo algún problema con el condón)?  SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: ¿Eyaculó él en su ano mientras no usaba condón (o hubo algún problema con el condón)?	NO      Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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
	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																									

13) Usted usó su lengua para tocar o lamer el ano de él.	NO      Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<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
	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

Las siguientes preguntas tienen el fin de resumir sus actividades sexuales del pasado con compañeros tanto del sexo femenino como masculino.

50. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con una mujer?

- Nunca → **PASE A LA PREG. 53**
- Durante el último mes
- Durante el último año (pero no durante el último mes)
- Hace uno a cinco años
- Hace seis a diez años → **PASE A LA PREG. 52**
- Hace más de 10 años → **PASE A LA PREG. 52**

51. ¿Con cuántas mujeres distintas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 2 años?

	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

52. ¿Con cuántas mujeres distintas ha tenido relaciones sexuales durante toda su vida?

	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

53. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- Nunca → **PASE A LA PREG. 56**
- Durante el último mes
- Durante el último año (pero no durante el último mes)
- Hace uno a cinco años
- Hace seis a diez años → **PASE A LA PREG. 55**
- Hace más de 10 años → **PASE A LA PREG. 55**

54. ¿Con cuántos hombres distintos tuvo relaciones sexuales en los últimos 2 años?

	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

55. ¿Con cuántos hombres distintos tuvo relaciones sexuales durante toda su vida?

	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

56. Para resumir, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor sus actividades sexuales durante los últimos 2 años?

- Participó en actividades sexuales con mujeres únicamente
- Participó en actividades sexuales con mujeres la mayoría de las veces, pero a veces con hombres
- Participó igualmente en actividades sexuales con hombres y mujeres
- Participó en actividades sexuales con hombres la mayoría de las veces, pero a veces con mujeres
- Participó en actividades sexuales con hombres únicamente

57. 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 durante los últimos dos años.

	a		b		c			
	¿Ha tomado o usado esta droga durante los últimos 2 años? (nombre de cada droga)		¿Ha tomado o utilizado la droga (nombre de la droga) en los últimos 6 meses?		¿Con qué frecuencia tomó o utilizó la droga (nombre de la droga) en los últimos 6 meses?			
	NO	SÍ	NO	SÍ	DIARIA-MENTE	SEMANAL-MENTE	MENSUAL-MENTE	CON MENOR FRECUENCIA
Hierba, marihuana o hachís	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Estimulantes" como inhalantes de nitrato (amilo, butilo o nitratos de isopropilo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crack o cocaína que se fuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras formas de cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Speed, Metanfetaminas o Ice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Speedball o chute (heroína y cocaína juntas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tachas, XTC, X o MDMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros tipos de drogas callejeras o de las discotecas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Especifique: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique: <input type="text"/>	<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

58. A. ¿Se ha inyectado alguna vez con drogas recreativas (bajo la piel, inyectadas con una aguja)?

- No → **PASE A LA PREG. 64**  
 Sí

B. ¿Alguna de las veces en que se inyectó con drogas recreativas, lo hizo en un sitio de consumo colectivo?

- No  
 Sí

C. En la actualidad, ¿se inyecta drogas?

- No  
 Sí

D. Piense en el período en el que se inyectó más veces y dígame cuántas veces por mes se inyectaba [nombre de la droga]

**Speedball o chute (cocaína y heroína juntas)**

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

**Cocaína sola**

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

**Heroína sola**

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

**Speed o Acelerador solo**

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

59. En los últimos 6 meses, ¿ha compartido agujas o aparatos con alguien? Al decir aparatos nos referimos a agujas, jeringas o cucharas?

- No → **PASE A LA PREG. 61**  
 Sí

60. A. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha utilizado agujas o aparatos que otra persona usó primero y luego le pasó a usted?

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

B. ¿Con cuántas personas distintas?

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

61. A. En los últimos 6 meses, ¿ha compartido el agua que usa para enjuagar sus jeringas con alguna persona?

- No → **PASE A LA PREG. 62**  
 Sí

B. ¿Cuántas veces?

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

C. ¿Con cuántas personas distintas?

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

62. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia limpió sus aparatos con cloro?

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

63. A. ¿Ha participado en un programa de intercambio de agujas?

- No → **PASE A LA PREG. 64**  
 Sí

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

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

C. ¿Tiene otros medios para obtener agujas limpias?

- No  
 Sí

64. ¿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





3/8" spine  
perf

241622-2/8



**SERIAL #**

3/8" spine  
perf





SERIAL #

