

SECTION B. SOCIODEMOGRAPHICS

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

- YES 1
- NO 2

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

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

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

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

SPECIFY: _____

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

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

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

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

SPECIFY: _____

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

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

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

- NO SCHOOLING1
- GRADES 1 TO 62
- GRADES 7 TO 113
- COMPLETED HIGH SCHOOL / DIPLOMA OR GED4
- SOME COLLEGE / ASSOCIATES DEGREE5
- COMPLETED 4 YEARS OF COLLEGE (BA/BS)6
- ATTENDED / COMPLETED GRADUATE SCHOOL.....7

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

- YES1
- NO2

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

- YES1
- NO2 (SECTION C)

- a. ¿Cuántas veces? |_|_|_| TIMES
- b. ¿Por cuántos meses en total ha estado en prisión? |_|_| MONTHS

SECTION C: MEDICAL AND HEALTH HISTORY

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

C0. a. ¿Alguna vez le ha dicho su proveedor de cuidado médico que usted tiene cancer en el cérvix?

- YES1
- NO2 (C1)

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

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

- YES1
- NO2

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

- YES1
- NO2

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

- YES1
- NO2

WIHS ID #

C1. ¿Alguna vez le ha dicho su proveedor de cuidado médico que usted tiene algun otro tipo de cáncer, incluyendo en la piel, linfoma, sarcoma de Kaposi, enfermedad de Hodgkin, cáncer en el seno, o cáncer en algun órgano femenino – la vulva, trompas de falopio, ovarios o el útero?

YES1
NO2 (C13b)

¿Qué tipo de cáncer? Fue: [READ C2 – C13]
(FOR EACH YES, ASK SUBQUESTION “a”)

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

YES NO / NEVER HEARD OF IT

C2. Cáncer de los senos?..... 1 2 (C3)

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

YES 1
NO 2

c. ¿Alguna vez la han removido un seno?

YES 1
NO 2

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

YES NO / NEVER HEARD OF IT

C3. Cáncer de ovario?..... 1 2 (C4)

C4. Cáncer del útero?..... 1 2 (C5)

C5. Sarcoma de Kaposi's (KS)?..... 1 2 (C6)

C6. Linfoma?..... 1 2 (C7)

C7. Linfoma en el cerebro? 1 2 (C8)

C8. Enfermedad de Hodgkin? 1 2 (C9)

C9. Cáncer de la piel (no KS)?..... 1 2 (C10)

C10. Cáncer del hígado? 1 2 (C11)

C11. Cáncer del pulmón? 1 2 (C12)

C11. Cáncer de colon? 1 2 (C13)

C13. Otro..... 1 2 (C13b)

SPECIFY: _____

C13b.PLEASE RECORD THE TOTAL NUMBER OF CANCERS REPORTED AT THIS VISIT. DO NOT FORGET TO INCLUDE CERVICAL CANCER IF REPORTED IN QUESTION C0a, IN ADDITION TO ALL CANCERS REPORTED IN QUESTIONS C2 – C13.

CANCERS

PROMPT: IF QUESTION C13b = 00, SKIP TO QUESTION C18.

START F20s1

PROMPT: FOR EACH CANCER INDICATED IN QUESTION C13b, COMPLETE QUESTIONS C14–C15. THE NUMBER OF BOXES COMPLETED MUST EQUAL THE VALUE RECORDED AT C13. INDICATE THE LOCATION OF EACH REPORTED CANCER IN a, THEN COMPLETE b–f AS INDICATED FOR EACH. IF THE TOTAL NUMBER OF REPORTED CANCERS IS GREATER THAN TWO, PLEASE XEROX THIS PAGE AND INSERT THE COPY AFTER PAGE 5.

C14. a. LOCATION OF REPORTED CANCER: _____

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

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

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

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

1 (d)

 2 (C15)

d. ¿Adónde se le extendió? _____ (C15)

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

1 (f)

 2 (f)

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

C15. a. LOCATION OF REPORTED CANCER: _____

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

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

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

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

1 (d)

 2 (C16)

d. ¿Adónde se le extendió? _____ (C16)

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

1 (f)

 2 (f)

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

END F20s1

PROMPT: IF ANY OF C0–C13 = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST (ATC) FOR EACH ILLNESS AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE. ALSO, IF EITHER C14c/C15c OR C14e/C15e = YES, THEN COMPLETE ATC FOR METASTATIC CANCER.

WIHS ID #

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

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

C19. Ha alguna vez recibido tratamiento para prevenir el contagio a la Tuberculosis (o TB)? En la mayoría de los casos, esta clase de medicina se receta después de una reacción positiva a una prueba sanguínea o cutánea de tuberculosis.

- | | | |
|-----------|---|--------------|
| YES | 1 | |
| NO | 2 | (C20) |

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

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

c. Por cuanto tiempo tomo esta medicina?

- | | |
|------------------------|---|
| Menos que 3 meses..... | 1 |
| 3 - 6 meses | 2 |
| 6 - 9 meses | 3 |
| Mas que 9 meses..... | 4 |

d. Estaba Ud. En una institucion correccional o ancianoto o otra durante el tiempo en que recibio este tratamiento preventivo?

- | | |
|-----------|---|
| YES | 1 |
| NO | 2 |

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

- | | <u>YES</u> | <u>NO</u> |
|--|------------|-----------|
| a. Alta presión sanguínea o hipertensión | 1 | 2 |
| b. Nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes | 1 | 2 |
| d. Una operación para removerle el bazo (<i>spleen</i>)..... | 1 | 2 |
| e. Problemas de riñones o enfermedad de riñón | 1 | 2 |

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

- | | |
|-----------|---|
| YES | 1 |
| NO | 2 |

WIHS ID #

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

YES1
NO2 (C24)

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

YES1
NO2 (C24)

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

YES1
NO2 (C24)

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

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

YES1 (C24)
NO2

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

START F20s3

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

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

- 242 ___ Pegylated interferon (PEGASYS or Peginterferon alfa-2a)
(PEG-Intron or Peginterferon alfa-2b)
- 058 ___ Ribavirin (Virazole, Rebetrol, Copegus)
- 235 ___ Rebetron (Ribavirin and interferon alfa-2b)
- 204 ___ Epivir (lamivudine, 3-TC)
- 234 ___ Viread (tenofovir)
- 224 ___ Hespera (adefovir, Preveon)
- 239 ___ Emtriva (emtricitabine, Coviracil, FTC)
- 253 ___ Truvada (Viread + Emtriva)
- 709 ___ Baraclude (entecavir)
- 710 ___ Tyzeka (telbivudine)
- 713 ___ Victrelis (boceprevir)
- 714 ___ Incivek (telaprevir)

WIHS ID #

Specify name of "other" hepatitis medication:
Specify name of "other" hepatitis medication:

→ Drug Code: |_|_|_|_|

→ Drug Code: |_|_|_|_|

END F20s3

- b. PT. HAS NOT TAKEN ANY MEDICATION IN C24a1 (C25)
- PT. HAS TAKEN AT LEAST ONE MEDICATION IN C24a2

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

- C25. ¿Le dijo alguna vez un médico que necesitaba un trasplante de hígado?
- YES1
- NO2 (C28)

- C26. ¿Le hicieron alguna vez un trasplante de hígado?
- YES1
- NO2 (C27)

a. ¿Qué año? |_|_|_|_|
YEAR

- C27. ¿Se encuentra usted actualmente en una lista de espera para trasplante de hígado?
- YES1
- NO2

- C28. ¿Le ha dicho alguna vez el médico (asistente médico, enfermera) que se había osteopenia u osteoporosis u baja densidad mineral en los huesos (eso es, disminución de la densidad o debilitamiento de los huesos)?
- YES.....1
- NO2

- C29. ¿Alguna vez un profesional de salud le ha dicho que se había quebrado o fracturado la ...
- | | YES | NO |
|--|-------|-------|
| a. Cadera? | 1 | 2 (b) |
| 1. ¿Cuántos años tenía? _ _ _ | | |
| 2. Esa fractura ocurrió | | |
| i. Como resultado de una caída desde una altura de posición parado | | |
| (a) o menos altura | 1 (b) | 2 |
| ii. Debido a una caída más severa | 1 (b) | 2 |
| iii. Como resultado de un accidente de auto u otro trauma grave..... | 1 (b) | 2 |
| iv. Otro / No sabe..... | 1 | 2 |

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

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

- YES.....1
 NO2 **(C32)**

a. ¿Cuántas lesiones en la cabeza ha tenido?

|_|_|_|_|
HEAD INJURIES

START F20s4

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

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

a. ¿Cómo sucedió?

- Tuve una caída y me golpeé la cabeza.....1
 Accidente de automóvil2
 Lesión haciendo deportes.....3
 Violencia física4
 Otra5

SPECIFY: _____

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

- | | <u>YES</u> | <u>NO</u> |
|--|------------|-----------|
| c. ¿Fue a un doctor debido a la lesión? | 1 | 2 |
| d. ¿Debió permanecer hasta el día siguiente en el hospital debido a la lesión? | 1 | 2 |
| e. ¿Perdió la conciencia o “estuvo noqueada” debido a la lesión? | 1 | 2 (f) |

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

			MINUTES.....1
			HOURS.....2
			DAYS3

- | | <u>YES</u> | <u>NO</u> |
|---|------------|-----------|
| f. ¿Tuvo una fractura de cráneo?..... | 1 | 2 |
| g. ¿Tuvo un ataque repentino o convulsiones durante los 7 días posteriores a la lesión en la cabeza?..... | 1 | 2 |

END F20s4

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

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

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

- | | |
|------------------------------|---|
| YES | 1 |
| NO / NEVER HEARD OF IT | 2 |

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

- | | |
|-----------|---------|
| YES | 1 |
| NO | 2 (C35) |

- | | <u>YES</u> | <u>NO</u> |
|--|------------|-----------|
| ¿En qué parte de su cuerpo? ¿Fue una: | | |
| a. Biopsia de los pulmones?..... | 1 | 2 |
| b. Biopsia de la piel? | 1 | 2 |
| c. Biopsia de la medula espinal? | 1 | 2 |
| d. Biopsia de la cervix?..... | 1 | 2 |
| e. Biopsia de el seno?..... | 1 | 2 |
| f. Biopsia de hígado..... | 1 | 2 |
| g. Biopsia de útero o endometrio?..... | 1 | 2 |

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

h. Otra parte del cuerpo, no
previamente mencionada? 1 2

SPECIFY: _____

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

YES1
NO2 **(C36)**

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

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

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

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	i. <u>YEAR</u>
a. Hepatitis A	1	2 (b)	_ _ _ _
b. Hepatitis B	1	2 (c)	_ _ _ _
c. Pneumovax	1	2 (d)	_ _ _ _
d. Varicella (chicken pox)	1	2 (e)	_ _ _ _
e. Tétano	1	2 (f)	_ _ _ _
f. Viruela	1	2 (g)	_ _ _ _
g. La gripe	1	2 (h)	_ _ _ _
h. Herpes Zoster (culebrilla)	1	2 (i)	_ _ _ _
i. VPH (el virus del papiloma genital humano)	1	2 (SECTION D)	_ _ _ _

SECTION D. OBSTETRIC, GYNECOLOGICAL AND CONTRACEPTIVE HISTORY

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

D1. ¿Ha estado encinta alguna vez?

YES1
NO2 **(D12)**

D2. ¿Está Ud. embarazada actualmente?

YES1
NO2

WIHS ID #

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

START F20s2

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

	a. ¿Cuál fue el resultado del embarazo (#)?	b. ¿Cuántos bebés nacieron?	c. ¿Cuándo fue/ocurrió eso? Sólo necesito el mes y año.
D4. 1st	Nacido vivo1 Embarazo Ectópico 5 (e) Nacido muerto2 Otro 6 (e) Aborto (Inducido/ Electivo/Terapéutico).....3 (e) _____ Aborto Espontáneo (SPECIFY) (Aborto natural)4 (e)	_ _ _ # BABIES	_ _ / _ _ M Y
D5. 2nd	LIVE BIRTH1 ECTOPIC PREG 5 (e) STILLBIRTH2 OTHER 6 (e) ABORTION3 (e) _____ MISCARRIAGE4 (e) (SPECIFY)	_ _ _ # BABIES	_ _ / _ _ M Y
D6. 3rd	LIVE BIRTH1 ECTOPIC PREG 5 (e) STILLBIRTH2 OTHER 6 (e) ABORTION3 (e) _____ MISCARRIAGE4 (e) (SPECIFY)	_ _ _ # BABIES	_ _ / _ _ M Y
D7. 4th	LIVE BIRTH1 ECTOPIC PREG 5 (e) STILLBIRTH2 OTHER 6 (e) ABORTION3 (e) _____ MISCARRIAGE4 (e) (SPECIFY)	_ _ _ # BABIES	_ _ / _ _ M Y
D8. 5th	LIVE BIRTH1 ECTOPIC PREG 5 (e) STILLBIRTH2 OTHER 6 (e) ABORTION3 (e) _____ MISCARRIAGE4 (e) (SPECIFY)	_ _ _ # BABIES	_ _ / _ _ M Y
D9. 6th	LIVE BIRTH1 ECTOPIC PREG 5 (e) STILLBIRTH2 OTHER 6 (e) ABORTION3 (e) _____ MISCARRIAGE4 (e) (SPECIFY)	_ _ _ # BABIES	_ _ / _ _ M Y
D10. 7th	LIVE BIRTH1 ECTOPIC PREG 5 (e) STILLBIRTH2 OTHER 6 (e) ABORTION3 (e) _____ MISCARRIAGE4 (e) (SPECIFY)	_ _ _ # BABIES	_ _ / _ _ M Y

END F20s2

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

WIHS ID #

[Empty box for WIHS ID #]

D11. ¿Ha amamantado alguna vez?

YES1
NO2 (D12)

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

MONTHS

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

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

YES1
NO2 (D14)

a. ¿Cuándo fue/ocurrió eso? Sólo necesito el año.

(PROBE: Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.)

YEAR

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

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

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

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

NO OVARIES REMOVED1
ONE OVARY REMOVED2
BOTH OVARIES REMOVED3

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

YES1
NO2 (D16)

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

YES1
NO2

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

- YES1
- NO2 (D17)

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

- Menos de un año1
- 1 a 5 años.....2
- Más de 5 años.....3

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

- YES1
- NO2 (D19)

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

YEAR			

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

- YES1
- NO2

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

- YES1
- NO2

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

- YES1
- NO2 (D22)

D21. Qual fue el tratamiento:

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

D22. Alguna vez, ¿ha recibido tratamiento por alguna otra condicion gynecologa?

- YES1
- NO2 (D23)

a. Para que recibiste el tratamiento? SPECIFY: _____

WIHS ID #

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

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

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

YES1

NO2 (**SECTION E**)

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

YEAR				

D33. ¿Su mamografía más reciente fue hecho:

- Como examen de rutina o debido a su edad1
- Porque existe una historia familiar de cáncer de los senos.....2
- Para evaluar una masa o un nódulo3
- Por alguna otra razón.....4

SPECIFY: _____

SECTION E. CIGARETTE AND DRUG USE AND SEXUAL BEHAVIOR

E0. En su vida, ¿cuántos años ha vivido en un hogar con al menos un fumador de cigarrillos aparte de usted en el que la persona fumaba en la casa? Por favor, piense en **todas** las casas en las que ha vivido alguna vez.

____|____| YEARS

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

YES1

NO2 (**E6**)

WIHS ID #

E2. ¿Fuma cigarrillos actualmente?

YES1 (E5)
NO2

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

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

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

|_|_|_| PACKS1
NUMBER CIGARETTES2

E5. ¿Durante cuántos meses o años en total [ha fumado/fumó] cigarrillos?
(PROBE: Sin contar los años en que Ud. no fumó cigarrillos.)
(PROBE: Si no puede recordar exactamente, por favor, deme el mejor estimado que pueda.)

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

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

YES1
NO2 (E10)

a. ASK PARTICIPANT TO REFER TO RESPONSE CARD 9NR.

Durante ese período, ¿cuántos días por semana tomó alguna bebida alcohólica? (Acuérdese que al decir una bebida me refiero a una lata, botella o vaso de cerveza, un vaso de vino, una medida de licor, un trago mezclado que contenga esa cantidad de alcohol, o cualquier otro tipo de bebida alcohólica.

Diario.....1
5 a 6 días a la semana2
3 a 4 días a la semana3
1 a 2 días a la semana4
Menos de una vez a la semana5

b. Durante ese período, en los días en que Ud. bebió, ¿cual fue el número promedio de tragos o bebidas que Ud. usualmente tomó por día? (PROBE: Al decir una bebida me refiero a una lata, botella o vaso de cerveza, un vaso de vino, una medida de licor o un trago mezclado que contenga esa cantidad de alcohol.)

|_|_|
DRINKS/DAY OR SPECIFY _____

E7. ¿Qué edad tenía aproximadamente cuando comenzó a tomar a este nivel tan elevado? |_|_| YEARS

E8. ¿Qué edad tenía aproximadamente cuando comenzó a disminuir o dejó de tomar a este nivel tan elevado? |_|_| YEARS

E9. Eso quiere decir que Ud. ha tomado esta cantidad tan elevada por aproximadamente |_|_| años, ¿es esto correcto? |_|_| YEARS

PROMPT: IF PARTICIPANT ANSWERS “NO,” START AT QUESTION E7 AGAIN AND TRY TO DETERMINE THE CORRECT NUMBER OF YEARS.

E10. Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre programas de tratamiento para alcohólicos. Me interesa saber si Ud. ha estado en alguno de esos programas, incluyendo centros de desintoxicación con o sin reclusión, casas de recuperación ("halfway houses"), Alcohólicos Anónimos y/u otros programas de tratamiento para alcohólicos. ¿Ha estado alguna vez en uno de estos programas?

YES1
 NO2 (E11)

MENTIONED

¿Qué programa?

(PROBE: ¿Algún otro?)

[FOR EACH "YES" ASK QUESTION "i"]

YES NO

- | | | | |
|----|---|---|---------|
| a. | INPATIENT ALCOHOL DETOX..... | 1 | 2 (b) |
| b. | OUTPATIENT ALCOHOL TREATMENT PROGRAM..... | 1 | 2 (c) |
| c. | HALFWAY HOUSE..... | 1 | 2 (d) |
| d. | ALCOHOLICS ANONYMOUS..... | 1 | 2 (e) |
| e. | OTHER ALCOHOL TREATMENT PROGRAM..... | 1 | 2 (E11) |
| | SPECIFY: _____ | 1 | 2 (E11) |

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

E11. En algún momento, ha usted usado marihuana, cualquiera médicos o de esparcimiento, cocaína, crack, heroína, methamphetaminas, hallucinogens, drogas "de club" (como extasis), o cualquier otro ilícito de drogas o de recreo?

YES1
 NO2 (E27)

PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 10 FOR USE IN ANSWERING QUESTIONS E12 THROUGH E34.

E12. En algún momento, ¿ha usado marihuana o hachís para drogarse, o por razones médicas, o ambas?

YES1
 NO2 (E13)

a. ¿Tiene usted una prescripción de un médico para marihuana medicinal?

YES1
 NO2 (c)

b. En promedio, ¿con que frecuencia usaba usted marihuana o hachís medicinal?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

b. En promedio, ¿con que frecuencia usaba usted marihuana o hachís por diversión?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

E13. En algún momento, ¿ha fumado crack?

- YES1
- NO2 **(E14)**

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

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

E14. En algún momento, ¿ha inyectó sólo crack?

- YES1
- NO2 **(E15)**

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

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

E15. En algún momento, ¿ha inhalado o fumado cocaína?

- YES1
- NO2 **(E16)**

a. En promedio, ¿con que frecuencia inhalado o fumado cocaína?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

E16. En algún momento, ¿ha inyectó sólo cocaína?

- YES1
- NO2 **(E17)**

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

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

E17. En algún momento, ¿ha inhalado heroína?

- YES1
- NO2 **(E18)**

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

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

E18. En algún momento, ¿ha fumado heroína?

- YES1
- NO2 **(E19)**

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

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

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

- YES1
- NO2 **(E20)**

- a. En promedio, ¿con que frecuencia inyectó Ud. heroína?
- Menos de una vez al mes.....1
 - Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
 - Una vez por semana3
 - 2 a 3 veces por semana4
 - 4 a 6 veces por semana5
 - Una vez al día6
 - Más de una vez al día7

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

- YES1
- NO2 (E21)

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

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

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

- YES1
- NO2 (E22)

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

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

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

- YES1
- NO2 (E23)

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

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

E23. En algún momento, ¿ha usado alucinógenos tal como LSD, PCP, hongos, peyote?

- YES1
- NO2 (E24)

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

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

E24. En algún momento, ¿ha usado drogas de club tal como éxtasis, XTC, cetamina, o GHB?

- YES1
- NO2 (E25)

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

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

E25. ¿Alguna vez le ha sangrado la nariz por inhalar o aspirar drogas?

- YES1
- NO2

E26. ¿Le ha sangrado la nariz a alguna otra persona mientras estaba inhalando o aspirando drogas con usted?

- YES1
- NO2

E27. En algún momento, ¿ha usado **medicamentos de prescripción médica de maneras diferentes a la prescripción?** Esto quiere decir, maneras no incluidas en la prescripción médica, más cantidad, o usarlas para drogarse.

- YES1
- NO2

E28a. En algún momento, ¿ha usado metadona de forma diferente a la prescripción? Esto quiere decir, maneras no incluidas en la prescripción médica, más cantidad, o usarlas para drogarse.

- YES1
- NO2 (E24)

b. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. metadona, de forma diferente a la prescripción?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

E28c. En algún momento, ¿ha usado Ud. alguna otra droga tales como píldoras narcóticas (morfina, codeína, oxycodone o Demerol), de forma diferente a la prescripción? Esto quiere decir, maneras no incluidas en la prescripción médica, más cantidad, o usarlas para drogarse.

- YES1
- NO2 (b)

d. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. otra droga tales como píldoras narcóticas, de forma diferente a la prescripción?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

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

- YES1
- NO2

E28f. En algún momento, ¿ha usado anfetaminas (speed, aceleradores, uppers) de forma diferente a la prescripción? Esto quiere decir, maneras no incluidas en la prescripción médica, más cantidad, o usarlas para drogarse.

- YES1
- NO2 (E28h)

g. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. anfetaminas de forma diferente a la prescripción??

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

E28h. En algún momento, ¿ha usado Ud. alguna tranquilizantes, píldoras para dormir, barbitúricos, o valium, de forma diferente a la prescripción? Esto quiere decir, maneras no incluidas en la prescripción médica, más cantidad, o usarlas para drogarse.

- YES1
- NO2 (E31)

i. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. alguna tranquilizantes, píldoras para dormir, barbitúricos, o valium, de forma diferente a la prescripción?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día7

E31. **INTERVIEWER, BASED ON RESPONSES TO QUESTIONS E14 (crack), E16 (cocaine), E19 (heroin), E20 (speedball), E22 (methamphetamine), AND E27e (narcotic drugs), HAS PARTICIPANT EVER INJECTED DRUGS?**

- YES1
- NO2 (E40)

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

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

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

- Menos de una vez al mes1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana.....2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana.....4
- 4 a 6 veces por semana.....5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día.....7

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

- YES1
- NO2

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

- YES1
- NO2 (E40)

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

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

WIHS ID #

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

- Rara vez1
- Menos de la mitad de las veces2
- La mitad del tiempo3
- Más de la mitad de las veces4
- En todo momento5

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

- YES1
- NO2 **(E41)**

¿Qué programa? (PROBE : ¿Algún otro?) [FOR EACH "YES" ASK SUBQUESTIONS i AND ii]	MENTIONED	i. ¿Cuántas veces comenzó (program)?	ii. ¿Cuántos días (total) estuvo en este tipo de programa?
	<u>YES</u> <u>NO</u>		
a. INPATIENT DRUG DETOX	1 2 (b)	_ _ #TIMES	
b. OUTPATIENT DRUG DETOX ...	1 2 (c)	_ _ #TIMES	
c. METHADONE MAINTENANCE PROGRAM	1 2 (d)	_ _ #TIMES	_ _ _ # DAYS
d. SUBOXONE PROGRAM	1 2 (e)	_ _ #TIMES	_ _ _ # DAYS
e. OTHER MEDICATION-ASSISTED DRUG TREATMENT	1 2 (f)	_ _ #TIMES	_ _ _ # DAYS
iii. ¿Qué medicamentos ha utilizado en este tratamiento?		_____	
f. HALFWAY HOUSE.....	1 2 (g)	_ _ #TIMES	_ _ _ # DAYS
g. NARCOTICS ANONYMOUS	1 2 (h)		_ _ _ # DAYS
h. PRISON OR JAIL-BASED TREATMENT PROGRAM	1 2 (i)	_ _ #TIMES	_ _ _ # DAYS
i. OTHER PROGRAMS?	1 2 (E41)		
_____ (SPECIFY)		_ _ #TIMES	_ _ _ # DAYS

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

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

PROMPT: IF RESPONSE AT E41 = "000" SKIP TO E49.

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

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

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

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

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

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

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

E48. ¿Alguna vez tuvo sexo anal (sexo por su trasero/fundillos/culo) con un compañero?
 YES1
 NO2

E49. Ahora voy a preguntarle sobre relaciones sexuales con compañeras, o sea, con mujeres. En este caso, "relaciones sexuales" incluye sexo vaginal (cuando ella le mete los dedos, puños, la lengua, juguetes sexuales, consoladores o vibradores en o dentro de su vagina), relaciones sexuales orales (cuando Ud. o ella pone la lengua o la boca en o dentro de sus vaginas) y sexo anal (cuando ella mete los dedos, puños, la lengua, juguetes sexuales o consoladores en su recto). ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con una mujer (sea adulta o joven)?
 (PROBE: Esto incluye cualquier experiencia sexual con mujeres, con o sin su consentimiento.)
 YES1
 NO2 (E55)

WIHS ID #

[Empty box for WIHS ID #]

E50. ¿Con cuántas mujeres (adultas o jóvenes) ha tenido relaciones sexuales en su vida? (PROBE: Esto incluye cualquier experiencia sexual con mujeres, ya sea con o sin consentimiento.) (PROBE: Por favor, deme el mejor estimado que pueda.) [] [] [] [] # FEMALE PARTNERS

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

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

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

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

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

YES1
NO2

E55. ¿Ud. se considera a sí misma...

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

SPECIFY: _____

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

YES1
NO2 (E57)

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

YES1
NO2

PROMPT: IF SHADED RESONSE, REFER PARTICIPANT TO COUNSELOR.

E57. TIME MODULE ENDED: [] [] : [] [] AM.....1
PM.....2