

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



NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	VISITA No.	HORA DE INICIO		FECHA			
		HORA	MIN	MES	DÍA	AÑO	
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	3 9 0 0 ● 1 1 2 2 ● 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 ● 9 9	0 0 10 1 2 20 3 30 4 40 5 50 6 7 8 9	0 0 10 1 2 20 3 30 4 40 5 50 6 7 8 9	AM PM	○ Ene ○ Feb ○ Mar ○ Abr ○ May ○ Jun ○ Jul ○ Ago ○ Sep ○ Oct ○ Nov ○ Dic	0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9	00 01 02 03 04 05 06 07 08 09

1. Vamos a empezar con una lista de afecciones médicas. [Desde su última visita en (MES, AÑO)], ¿Le han diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades (NOMBRE CADA UNA)?

SÍ DIJO NO A a PASE A LA HILERA SIGUIENTE	a	b	c
		¿En qué mes recibió el diagnóstico por primera vez?	¿Cuántas veces recibió este diagnóstico desde su última visita?
A. Sarcoma de Kaposi	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA HILERA SIGUIENTE	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
B. Neumonía causada por Pneumocystis carinii	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA HILERA SIGUIENTE	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	1 2 3 4 5 6 7 8 9
C. Otros tipos de pulmonía o afecciones pulmonares aparte de bronquitis) <input type="radio"/> Pneumococcal <input type="radio"/> Otro bacteriano <input type="radio"/> Viral <input type="radio"/> Otro Especifique: <input type="text"/>	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA HILERA SIGUIENTE	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Si es más de una vez en que mes y año fué el más reciente episodio. Especifique: <input type="text"/>
D. Toxoplasmosis o Toxoinfección	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA HILERA SIGUIENTE	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
E. Infección por citomegalovirus (CMV) en la vista, los pulmones, el colon u otra parte del cuerpo. ¿En qué parte? 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"/>	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA HILERA SIGUIENTE	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	1 2 3 4 5 6 7 8 9
F. MAI, MAC o infección micobacterial	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA HILERA SIGUIENTE	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	

OBTENGA PERMISO MÉDICO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO



SERIAL #

3. [Desde su última visita en (MES)] ¿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. 4

Sí

a SI ES ASÍ: ¿Qué tipo de cáncer?		b ¿En qué mes y año recibió el diagnóstico por primera vez desde su última visita?	
1) Sitio	<input type="text"/>	0 1M 2M 3M 4M 5M 6M 7M 8M 9M	<input type="text"/>
Tipo	<input type="text"/>	0 100 200 300 400 500 600 700 800 900	E F M A M J J A S O N D
		0 10 20 30 40 50 60 70 80 90	92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
2) Sitio	<input type="text"/>	0 1M 2M 3M 4M 5M 6M 7M 8M 9M	<input type="text"/>
Tipo	<input type="text"/>	0 100 200 300 400 500 600 700 800 900	E F M A M J J A S O N D
		0 10 20 30 40 50 60 70 80 90	92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	

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 _____

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

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

NO SÍ

PASE A LA PREG. 5

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

<input type="text"/>	E F M A M J J A S O N D
<input type="text"/>	92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03

C. ¿Fue positivo el resultado?

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

NO SÍ

PASE A LA PREG. 6

B. ¿Tenía la tuberculosis en sus pulmones?

C. ¿Tenía la tuberculosis en otra parte del cuerpo (aparte de sus pulmones)?

OBTENGA PERMISO MÉDICO

OBTENGA PERMISO MÉDICO

SERIAL #

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

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

PASE A LA PREG. 9

PASE A LA PREG. 9

➔ **SI ES ASÍ: ¿Qué tipo de cáncer era?**

	NO	SÍ	NO SÉ
a. Cutáneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Del colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. De la próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

➔ Especifique:

9. A. ¿Le han hecho alguna biopsia [desde su última visita en (MES)]? (Por biopsia entendemos la extracción de cualquier tejido o glándula para examinarlos bajo el microscopio.)

- No ➔
 Sí

REVISE LA RESPUESTA A LA PREG. 3. SI HUBO UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, PRESENTE EL TEMA Y VUELVA A PREGUNTAR. DE LO CONTRARIO, PASE A LA PREG. 10

B. ¿Cuántas veces le hicieron una biopsia [desde su última visita en (MES)]?

VECES

C. Por cada biopsia, conteste las siguientes preguntas:

a	b	c
¿En qué parte del cuerpo?	¿Cuál fue el diagnóstico o el resultado de la biopsia?	¿Cuál es el nombre del doctor que realizó la biopsia? ¿Dónde y cuándo se la hicieron?
1) Especifique: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Especifique: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> Nombre del médico <input type="text"/> Nombre del hospital, centro o clínica <input type="text"/> <input type="text"/> Ciudad Estado FECHA
2) Especifique: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Especifique: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> Nombre del médico <input type="text"/> Nombre del hospital, centro o clínica <input type="text"/> <input type="text"/> Ciudad Estado FECHA
3) Especifique: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Especifique: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> Nombre del médico <input type="text"/> Nombre del hospital, centro o clínica <input type="text"/> <input type="text"/> Ciudad Estado FECHA

OBTENGA PERMISO MÉDICO

SERIAL #

3/8" spine part

10. [Desde su última visita en (MES)], ¿un médico u otro proveedor de servicios médicos le ha diagnosticado alguno de los siguientes problemas (LEA CADA UNO)?

A. Culebrilla (o Herpes Zoster)

SI ES ASÍ: ¿En qué mes y año empezó este episodio de culebrilla (Herpes zoster)?

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03

B. Muguet (levadura en la boca)

SI ES ASÍ: ¿En qué mes y año empezó este episodio de muguet?

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03

C. Mononucleosis infecciosa

D. Sinusitis (una infección en los espacios paranasales que requiere antibióticos)

E. Bronquitis

F. Pancreatitis

G. Problemas con la próstata

H. Presión sanguínea alta o hipertensión

I. Lesión en la cabeza con pérdida del conocimiento

J. Dolor de pecho o angina

K. Ataque al corazón

L. Insuficiencia cardíaca congestiva

M. Embolia

N. Ataque epiléptico

O. Osteoporosis (reducción de la densidad ósea)

P. Artritis

SI ES ASÍ: ¿qué tipo?: → (Lea y conteste cada una)

Reumática

Artrosis o degenerativa

Otro

Especifique:

No sabe qué tipo

Q. Necrosis avascular o reemplazo de cadera

R. Fallo de los riñones

¿Cuál es el nombre y dirección del médico que diagnosticó esa condición (o condiciones)?

Nombre del hospital/clínica/o doctor

Dirección

Ciudad

Estado

La fecha de la diagnosis

Nombre del hospital/clínica/o doctor

Dirección

Ciudad

Estado

La fecha de la diagnosis

S. Prueba de hepatitis o análisis sanguíneo que dio positivo para la hepatitis? [Esto incluye las visitas al médico por hepatitis crónica.]

NO sí

SI ES ASÍ, ¿qué tipo?: ▶ (Lea y conteste cada una)

Hepatitis A o hepatitis infecciosa

Hepatitis B o hepatitis por suero

Hepatitis C

Otro

Especifique:

No sabe qué tipo

T. Enfermedad hepática

OBTENGA PERMISO MÉDICO

SI ES ASÍ, ¿qué tipo?:

Cirrosis

Fibrosis

Inflamación

Prueba de función hepática elevada

Otro

Especifique:

No sabe qué tipo

¿Cuál es el nombre y dirección del médico que diagnosticó esa condición (o condiciones)?

Nombre del hospital/clínica/o doctor

Dirección

Ciudad

Estado

NO sí

U. [Desde su última visita en (MES)], ¿ha sido vacunado contra los neumococos o recibido una inyección de Pneumovax?

V. [Desde su última visita en (MES)], ¿ha sido vacunado contra la hepatitis B o con una combinación de las vacunas contra el A y la B (que en inglés se llama Twinrix)?

W. [Desde su última visita en (MES)], ¿ha sido vacunado contra la hepatitis A o con la combinación de las vacunas A y B (Twinrix)?

X. [Desde su última visita en (MES)], ¿le ha dicho un doctor u otro proveedor de servicios médicos que ha tenido anemia de células falciformes?

Y. [Desde su última visita en (MES)] ¿alguna vez se ha sometido a una evaluación neurológica o a un examen físico, aparte de en este estudio, para detectar problemas del sistema nervioso?

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

OBTENGA PERMISO MÉDICO

10.Z. [Desde su última visita en (MES)] ¿ha acudido a un médico u otro proveedor de servicios médicos para consultarle acerca de alguna (otra) condición o problema relacionado con lo siguiente? Con:

a) La vista

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

NO Sí
PASE A b

Especifique:

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

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

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

NO Sí
PASE A c

Especifique:

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

c) El corazón

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

NO Sí
PASE A d

Especifique:

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

d) Los pulmones

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

NO Sí
PASE A e

Especifique:

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

e) El estómago o los intestinos

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

NO Sí
PASE A f

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) Los huesos, las articulaciones o los músculos

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

NO Sí
PASE A g

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 órganos genitales o los urinarios

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

NO Sí
PASE A h

Especifique:

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

h) La piel

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

NO Sí
PASE A i

Especifique:

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

i) El sistema nervioso

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

NO Sí
PASE A j

Especifique:

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

j) Una condición psicológica

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

NO Sí
PASE A k

Especifique:

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

SERIAL #

3/8" spine part

10.Z. Continuación

k) Las hormonas o Sistema Endocrinal
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico?

NO SÍ

 PASE A I

Especifique:

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

l) La sangre o los líquidos corporales
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico?

NO SÍ

 PASE A m

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

m) Las alergias o el sistema inmunológico no relacionado al VIH
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico?

NO SÍ

 PASE A n

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

NO SÍ

 PASE A LA PREG. 11.A

1.

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

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

11.A. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes tipos de herpes, sin incluir el herpes zoster [desde su última visita en (MES)]? 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. 12

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?

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

ENFERMEDAD O AFECCIÓN	TUVO LA ENFERMEDAD	
	NO	SÍ
A) Sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B) Algún tipo de gonorrea	<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"/>
D) Gonorrea oral (de la boca o la garganta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E) Gonorrea rectal (del recto)	<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"/>
G) Verrugas genitales o anales (condylomata acuminata)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H) Clamidia	<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"/>
Especifique:		

13.A. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas o síntomas [desde su última visita en (MES)]?

PROBLEMA O SÍNTOMA POR CADA SÍ EN a, PREGUNTE b, c, d, y e.	a		b		c		d		e	
	TUBO (CADA UNO) Ocurrió eso [desde su última visita en (MES)]?		¿Duró 2 semanas o más?		¿Tiene este problema actual- mente?		¿Es esto un nuevo problema? (SI NO, VAYA A LA PRÓXIMA FILA)		¿En que mes y año desde su última visita comenzó esto? [Si es necesario: aunque no se acuerde del mes exacto, nos ayudaría si nos dijera en que temporada fue aproximadamente que pasó (esta última vez).]	
	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	¿Cuándo empezó? (Mes y año)	
1) Mareos continuos durante por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
2) Fatiga persistente (se siente cansado todo el tiempo) durante por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
3) Fiebre persistente o recurrente de más de 100° F durante por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
4) Dolores de cabeza persistentes, frecuentes o poco comunes durante por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
5) Un nuevo problema cutáneo, salpullido o infección que haya durado por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
6) Glándulas o ganglios linfáticos sensibles o hinchados (sin incluir la entrepierna) durante por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
7) Diarrea por lo menos 3 días consecutivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
8) Baños de sudor durante la noche en por lo menos 3 ocasiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
9) Nausea, vómito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
10) Dolor abdominal, hinchazón, calambres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
11) Ascitis (acumulación de líquidos en el estómago o el abdomen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
12) Ictericia (coloración amarilla de la parte blanca de los ojos, orina oscura o excrementos color de arcilla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
13) 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
14) Pérdida de peso no intencional de por lo menos 10 libras (no relacionada con dietas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
15) Anemia, nivel bajo de glóbulos rojos o nivel bajo de hemoglobina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
16) Sangre en la orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	

SERIAL #

3/8" spine part

13.A. Continuación

PROBLEMA O SÍNTOMA POR CADA SÍ EN a, PREGUNTE b, c, d, y e.	a		b		c		d		e	
	TUBO (CADA UNO) Ocurrió eso [desde su última visita en (MES)]?		¿Duró 2 semanas o más?		¿Tiene este problema actual- mente?		¿Es esto un nuevo problema? (SI NO, VAYA A LA PRÓXIMA FLA)		¿En que mes y año desde su última visita comenzó esto? [Si es necesario: aunque no se acuerde del mes exacto, nos ayudaría si nos dijera en que temporada fue aproximadamente que pasó (esta última vez).]	
	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	¿Cuándo empezó? (Mes y año)	
17) Hemorragia extraña o hemorragias difíciles de controlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
18) Dolor o debilidad muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
19) Dolor en las articulaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
20) Dolor al orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
21) Cálculos renales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
22) Nivel alto de azúcar en la sangre, diabetes (queremos decir una nueva diagnóstica o una condición incontrolable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
23) Niveles altos de colesterol, triglicéridos o lípidos (queremos decir una nueva diagnóstica o una condición incontrolable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
25) Pesadillas o sueños intensos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	
26) Insomnio o problemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03	

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

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

14. A. [Desde su última visita en (MES)], ¿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. 15**
 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

15. Desde su última visita, ¿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 excluyendo acyclovir.)

No
 Sí → **PASE A LA PREG. 15.B (1)**

15.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. 16**

- 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. 16

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

No
 Sí → **PASE A LA PREG. 15.B (3)**

(2) SI NO: ¿Por qué decidió no tomar 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:

SERIAL #

PASE A LA PREG. 15.C

15.B. (3) Identifique los medicamentos que ha tomado a medida que le leo o le muestro cada uno.

RELLENE EL CÍRCULO JUNTO AL MEDICAMENTO

- 3-TC (Epir, Lamivudine)
- Abacavir (Ziagen)
- Amprenavir (Agenerase)
- AZT (Retrovir, Zidovudine)
- Atazanavir (BMS-232632)
- Combivir (AZT & 3-TC)
- d4T (Zerit, Stavudine)
- ddC (dideoxycytidine, HIVID, Zalcitabine)
- ddI (dideoxyinosine, Didanosine, Videx)
- Delavirdine (Rescriptor)
- Efavirenz (Sustiva)
- Indinavir (Crixivan)
- Lopinavir/r (Kaletra)
- Nelfinavir (Viracept)
- Nevirapine (Viramune)
- Ritonavir (Norvir)
- Saquinavir (Invirase, Fortovase)
- Tenofovir (Viread)
- Trizivir (abacavir + zidovudine + lamivudine)
- T-20
- Otra drogas antivirales de la lista de drogas 1 (Reporte Acyclovir en Preg. 16.)

1.

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

2.

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

3.

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

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

No → **PASE A LA PREG. 15.C**
 Sí

SI DIJO SÍ: ¿Cuántas veces sucedió esto?

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

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

No Sí

¿Durante cuántos días dejó de tomarlo la última vez?

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

RELLENE EL FORMULARIO I PARA CADA MEDICAMENTO MARCADO ARRIBA EN LA PREG. 15.B (3)

15.C. (1) [Desde su última visita en (MES)], ¿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. 15.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, SMZ-TMP, Sulfamethoxazole) | <input type="radio"/> Itraconazol (Sporonox) |
| <input type="radio"/> Ciprofloxacina (CIPRO) | <input type="radio"/> Ketoconazol (Nizoral) |
| <input type="radio"/> Claritromicina (Biaxin) | <input type="radio"/> Megace |
| <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"/> Cortisone | <input type="radio"/> Nandrolona (Deca-Durabolin) |
| <input type="radio"/> Dapsone | <input type="radio"/> Nistatina (Micostatin) |
| <input type="radio"/> DHEA | <input type="radio"/> Oxandrin (Oxandrolone) |
| <input type="radio"/> Etambutol (Myambutal) | <input type="radio"/> Pentamidina (en aerosol) |
| <input type="radio"/> Eritropoyetina (Epogen, Procrit) | <input type="radio"/> Rifabutin (Ansamicina, Mycobutin) |
| <input type="radio"/> Flagyl (metronidazol) | <input type="radio"/> Serostim |
| <input type="radio"/> Fluconazol (Diflucan) | <input type="radio"/> Testosterona (Delatestryl, Virilon, Testoderm, Androderm, Androgel) |
| <input type="radio"/> Ganciclovir (DHPG, Cytovene) | <input type="radio"/> Ensayo de vacuna (genérica) |

Otros en la lista de medicamentos # 2 (Reporte Acyclovir en Preg. 16.)

1.																			

2.																			

3.																			

RELLENE EL FORMULARIO II PARA CADA DROGA MARCADA ARRIBA EN LA PREG. 15.C (1)

D. (1) [Desde su última visita en (MES)], ¿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. 16**
 Sí

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

1.																			

2.																			

3.																			

4.																			

5.																			

6.																			

7.																			

8.																			

9.																			

16. 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 [desde su última visita en (MES)].

PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN "NO" A OTROS MEDICAMENTOS (15a)	a ¿(Nombre de la droga)? La ha tomado o usado [desde su última visita en (MES)]?	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 SÍ																																		
1) Esteroides por vía oral o intravena	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	Nombre: _____ Usado para: _____																																	
2) Hormona o medicamento para la tiroides	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	Nombre: _____																																	
3) Otras hormonas tales como esteroides anabólicos	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	Nombre: _____ Usado para: _____																																	
4) Antibióticos tales como penicilina, tetraciclina, eritromicina, o sulfa	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	Name: _____ Usado para: _____																																	
5) Medicamento por vía oral para infección micótica	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	Nombre: _____																																	
6) Medicamento por vía oral para lombrices o parásitos	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	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"/> SÍ	Nombre: _____ Usado para: _____																																	
8) Antidepresivos o estimulantes del ánimo	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	Nombre: _____																																	
9) Litio	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	Usado para: _____																																	
10) Aciclovir, famciclovir, zovirax, famvir, valtrex 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"/> SÍ	Nombre: _____																																	
11) Viagra	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	Usado para: _____																																	
12) Colesterol, triglicéridos o medicamentos para reducción de lípidos a. (ESPECIFIQUE en la columna b) → <table border="1" data-bbox="277 1314 662 1409"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA PREG. 16.13	Nombre: _____
	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. (ESPECIFIQUE en la columna b) → <table border="1" data-bbox="277 1482 662 1577"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA PREG. 16.13	Nombre: _____
	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. (ESPECIFIQUE en la columna b) → <table border="1" data-bbox="277 1640 662 1734"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA PREG. 16.13	Nombre: _____
	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) Medicamentos utilizados para diabetes a. (ESPECIFIQUE en la columna b) → <table border="1" data-bbox="277 1829 662 1923"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA PREG. 16.14	Nombre: _____
	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																									

SERIAL #

16. Continuación

PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN "NO" A OTROS MEDICAMENTOS (15a)	a	b																																	
SI DIJO "NO" A a, PASE AL SIGUIENTE ELEMENTO	¿(Nombre de la droga)? La ha tomado o usado [desde su última visita en (MES)]?	Diga el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó y para qué lo tomó?																																	
<p>13) Medicamentos utilizados para diabetes (cont.)</p> <p>b. (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">100</td><td style="width: 20px;">200</td><td style="width: 20px;">300</td><td style="width: 20px;">400</td><td style="width: 20px;">500</td><td style="width: 20px;">600</td><td style="width: 20px;">700</td><td style="width: 20px;">800</td><td style="width: 20px;">900</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">10</td><td style="width: 20px;">20</td><td style="width: 20px;">30</td><td style="width: 20px;">40</td><td style="width: 20px;">50</td><td style="width: 20px;">60</td><td style="width: 20px;">70</td><td style="width: 20px;">80</td><td style="width: 20px;">90</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">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 style="text-align: center;">NO SÍ</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;">PASE A LA PREG. 16.14</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>c. (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">100</td><td style="width: 20px;">200</td><td style="width: 20px;">300</td><td style="width: 20px;">400</td><td style="width: 20px;">500</td><td style="width: 20px;">600</td><td style="width: 20px;">700</td><td style="width: 20px;">800</td><td style="width: 20px;">900</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">10</td><td style="width: 20px;">20</td><td style="width: 20px;">30</td><td style="width: 20px;">40</td><td style="width: 20px;">50</td><td style="width: 20px;">60</td><td style="width: 20px;">70</td><td style="width: 20px;">80</td><td style="width: 20px;">90</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">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 style="text-align: center;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;">PASE A LA PREG. 16.14</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>14) Medicamentos para la hepatitis</p> <p>a. (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">100</td><td style="width: 20px;">200</td><td style="width: 20px;">300</td><td style="width: 20px;">400</td><td style="width: 20px;">500</td><td style="width: 20px;">600</td><td style="width: 20px;">700</td><td style="width: 20px;">800</td><td style="width: 20px;">900</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">10</td><td style="width: 20px;">20</td><td style="width: 20px;">30</td><td style="width: 20px;">40</td><td style="width: 20px;">50</td><td style="width: 20px;">60</td><td style="width: 20px;">70</td><td style="width: 20px;">80</td><td style="width: 20px;">90</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">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 style="text-align: center;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;">PASE A LA PREG. 16.15</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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">100</td><td style="width: 20px;">200</td><td style="width: 20px;">300</td><td style="width: 20px;">400</td><td style="width: 20px;">500</td><td style="width: 20px;">600</td><td style="width: 20px;">700</td><td style="width: 20px;">800</td><td style="width: 20px;">900</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">10</td><td style="width: 20px;">20</td><td style="width: 20px;">30</td><td style="width: 20px;">40</td><td style="width: 20px;">50</td><td style="width: 20px;">60</td><td style="width: 20px;">70</td><td style="width: 20px;">80</td><td style="width: 20px;">90</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">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 style="text-align: center;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;">PASE A LA PREG. 16.15</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) Otro</p> <p>a. (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">100</td><td style="width: 20px;">200</td><td style="width: 20px;">300</td><td style="width: 20px;">400</td><td style="width: 20px;">500</td><td style="width: 20px;">600</td><td style="width: 20px;">700</td><td style="width: 20px;">800</td><td style="width: 20px;">900</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">10</td><td style="width: 20px;">20</td><td style="width: 20px;">30</td><td style="width: 20px;">40</td><td style="width: 20px;">50</td><td style="width: 20px;">60</td><td style="width: 20px;">70</td><td style="width: 20px;">80</td><td style="width: 20px;">90</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">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 style="text-align: center;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;">PASE A LA PREG. 17</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. (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">100</td><td style="width: 20px;">200</td><td style="width: 20px;">300</td><td style="width: 20px;">400</td><td style="width: 20px;">500</td><td style="width: 20px;">600</td><td style="width: 20px;">700</td><td style="width: 20px;">800</td><td style="width: 20px;">900</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">10</td><td style="width: 20px;">20</td><td style="width: 20px;">30</td><td style="width: 20px;">40</td><td style="width: 20px;">50</td><td style="width: 20px;">60</td><td style="width: 20px;">70</td><td style="width: 20px;">80</td><td style="width: 20px;">90</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">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 style="text-align: center;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;">PASE A LA PREG. 17</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. (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">100</td><td style="width: 20px;">200</td><td style="width: 20px;">300</td><td style="width: 20px;">400</td><td style="width: 20px;">500</td><td style="width: 20px;">600</td><td style="width: 20px;">700</td><td style="width: 20px;">800</td><td style="width: 20px;">900</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">10</td><td style="width: 20px;">20</td><td style="width: 20px;">30</td><td style="width: 20px;">40</td><td style="width: 20px;">50</td><td style="width: 20px;">60</td><td style="width: 20px;">70</td><td style="width: 20px;">80</td><td style="width: 20px;">90</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">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 style="text-align: center;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;">PASE A LA PREG. 17</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. (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">100</td><td style="width: 20px;">200</td><td style="width: 20px;">300</td><td style="width: 20px;">400</td><td style="width: 20px;">500</td><td style="width: 20px;">600</td><td style="width: 20px;">700</td><td style="width: 20px;">800</td><td style="width: 20px;">900</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">10</td><td style="width: 20px;">20</td><td style="width: 20px;">30</td><td style="width: 20px;">40</td><td style="width: 20px;">50</td><td style="width: 20px;">60</td><td style="width: 20px;">70</td><td style="width: 20px;">80</td><td style="width: 20px;">90</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">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 style="text-align: center;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;">PASE A LA PREG. 17</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. (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">100</td><td style="width: 20px;">200</td><td style="width: 20px;">300</td><td style="width: 20px;">400</td><td style="width: 20px;">500</td><td style="width: 20px;">600</td><td style="width: 20px;">700</td><td style="width: 20px;">800</td><td style="width: 20px;">900</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">10</td><td style="width: 20px;">20</td><td style="width: 20px;">30</td><td style="width: 20px;">40</td><td style="width: 20px;">50</td><td style="width: 20px;">60</td><td style="width: 20px;">70</td><td style="width: 20px;">80</td><td style="width: 20px;">90</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">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 style="text-align: center;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;">PASE A LA PREG. 17</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. (ESPECIFIQUE en la columna b)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">100</td><td style="width: 20px;">200</td><td style="width: 20px;">300</td><td style="width: 20px;">400</td><td style="width: 20px;">500</td><td style="width: 20px;">600</td><td style="width: 20px;">700</td><td style="width: 20px;">800</td><td style="width: 20px;">900</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">10</td><td style="width: 20px;">20</td><td style="width: 20px;">30</td><td style="width: 20px;">40</td><td style="width: 20px;">50</td><td style="width: 20px;">60</td><td style="width: 20px;">70</td><td style="width: 20px;">80</td><td style="width: 20px;">90</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">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 style="text-align: center;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;">PASE A LA PREG. 17</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																									

17.A. [Desde su última visita en (MES)], ¿alguna vez ha recibido una vacuna contra el VIH en una prueba clínica?

No **PASE A LA PREG. 18** 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

Fecha cuando empezó la prueba clínica

Ahora me gustaría preguntarle sobre su seguro médico actual.

18.A. Desde su última visita, ¿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) ADAP (Programa de asistencia que provee medicinas para el SIDA) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9) Otro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Especifique:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

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

SI CONTESTÓ "NO" A LAS PREGUNTAS 18.A (1)-(9) Y 18.B, PASE A LA PREGUNTA 22

19. A. Desde su última visita, ¿ha cambiado o a perdido su seguro médico?

NO SÍ
PASE A LA PREG. 21

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. 19.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 part

19.E. ¿Tiene seguro ahora?

- No → PASE A LA PREG. 22
 Sí

20.A. ¿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"/>

20.B. [Si dice que si a mas de una respuesta en preg. 20.A, pregunte] ¿Cual fue la primaria razón por la cual escogió el seguro que tiene? [LEA TODAS LAS OPCIONES Y SELECCIONE UNA]

- Su compañía ofrece únicamente un plan
- Sólo califica para el seguro actual debido a una condición médica
- Puede elegir los doctores o proveedores de servicios de salud
- Necesitaba o deseaba un seguro médico con mas o mejores servicios
- Califica para Medicaid, Medi-Cal, o Asistencia Médica
- Motivos financieros (costo de los pagos mensuales, copagos o deducibles)
- Califica para Medicare

21. 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

22. [Desde su última visita en (MES)], ¿tiene algún tipo de seguro dental?

- No
- Sí

23. ¿Dónde acude normalmente para recibir atención médica, incluso si no ha recibido atención médica desde su última visita? [LEA TODAS LAS OPCIONES Y ESCOJA SÓLO UNA]

- HMO
 - Consultorio médico o una clínica (que no sea de un HMO) incluyendo la atención de emergencia
 - Cualquier otra clínica
 - Sala de emergencias
 - Otro tipo de consulta externa
- Especifique
- No acude a un proveedor de servicios médicos regular
 - No sabe

24. [Desde su última visita en (MES)], ¿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) desde su última visita?		¿Cuántas veces? (99 = 99 ó más)	
1) HMO	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) Consultorio médico o una clínica (seguro médico regular) incluyendo la atención de emergencia	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) Cualquier otra clínica	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) Sala de urgencias	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) Otro tipo de consulta externa	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Especifique:

SERIAL #

25. Desde su última visita en (MES), ¿ha utilizado ALGUNO de los siguientes proveedores o servicios?

SERVICIO	a ¿Ha utilizado alguno de éstos desde su última visita en (MES)? (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 (quiropráctico, 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. 26 <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														

3/8" spine perf

26. 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 desde su última visita en (MES).

\$	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
 Se negó

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

- No → PASE A LA PREG. 28
 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 (2)
 Sí → ¿Por qué no buscó atención médica?

[LEA CADA OPCIÓN Y MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS VÁLIDAS]

- Motivos financieros
 Otros motivos no financieros

Especifique:

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. 28
 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:

28. ¿Hubo alguna ocasión desde su última visita en que un doctor o algún otro proveedor de servicios médicos se negó a atenderlo(a)?

- No
 Sí

29. ¿Hubo alguna ocasión desde su última visita en que se negaron a proveerle asistencia dental?

- No
 Sí

EMPIEZA AQUÍ ACASI. PASE A LA ÚLTIMA PAGINA, PREG. 50.A.

30. En la actualidad, ¿cuál de las siguientes categorías describe sus ingresos anuales? [ENSÉÑELE LA TARJETA O LEA EN VOZ ALTA]

- 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

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

- No → PASE A LA PREG. 32
 Sí

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

- Menor
 La misma
 Mayor

32. Desde su última visita, ¿ha cambiado su trabajo o su manera de trabajar por razones relacionadas con el VIH?

- No → PASE A LA PREG. 33
 Sí

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

	NO	SÍ
1) Se enfermó demasiado como para trabajar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) 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.

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

A. ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?

- No → PASE A LA PREG. 34
 Sí

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

- No → PASE A LA PREG. 34
 Sí
 Ocasionalmente (menos de un cigarrillo por día)
→ PASE A LA PREG. 34

C. Generalmente ¿cuántos paquetes fuma por día?

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

34. Las siguientes preguntas están relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas, es decir, vino, cerveza o licor que ha bebido [desde su última visita en (MES)].

A. ¿Consumió alguna bebida alcohólica [desde su última visita en (MES)]?

- No → PASE A LA PREG. 34.D
 Sí

34.B. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas (un vaso de cerveza, vino, una bebida mezclada, cualquier 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. [Desde su última visita en (MES)] 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). Favor vea la página 2 en su librito.

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

D. ¿Ha estado alguna vez en un programa para el tratamiento del alcoholismo, incluyendo programas que no requieren internamiento y/o detoxificación sin internamiento, Alcohólicos Anónimos y/o cualquier otro programa como estos?

- No
 Sí

LEA LA DEFINICIÓN DE ACTIVIDAD SEXUAL:

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

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

- No → PASE A LA PREG. 42
 Sí
↓

36. ¿Ha participado en alguna actividad sexual con una mujer desde su última visita?

- No → PASE A LA PREG. 39
 Sí
↓

37. Ahora necesito que me diga con cuántas mujeres distintas ha participado en actividades sexuales desde su última visita?

A. ¿Con cuántas mujeres distintas (si hubo alguna) ha tenido relaciones sexuales desde su última visita? 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) desde su última visita?

	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. 38.10

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

TIPO DE ACTIVIDAD	a ¿Participó en esta actividad con alguna mujer desde su última visita?	b ¿Con cuántas mujeres participó en esta actividad [desde su última visita]? (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 <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: 2) ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó un condón cada vez para participar en sexo oral, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado? SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA: ¿Usó un condón cada vez que participó en sexo oral, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: 3) ¿Con cuántas mujeres eyaculó, en la boca de ellas, y no estaba utilizando un condón (o hubo algún problema con el condón)? 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)?	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4) Usted introdujo su pene en la vagina de su compañera (sexo vaginal). SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NUMERO (7).	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: 5) ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó un condón cada vez para sexo vaginal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado? SI HA TENIDO SÓLO UNA COMPAÑERA: ¿Utilizó un condón cada vez para sexo vaginal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: 6) ¿Con cuántas mujeres llegó a eyacular en su vagina y no estaba utilizando un condón (o el condón tuvo algún problema)? 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)?	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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

38. Continuación

TIPO DE ACTIVIDAD	a ¿Participó en esta actividad con alguna mujer desde su última visita?	b ¿Con cuántas mujeres participó en esta actividad [desde su última visita]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar lo mejor que pueda)																																	
<p>7) Usted introdujo su pene en el ano de ella (sexo anal). SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NUMERO (10).</p>	<p>NO Sí</p> <p><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>8) ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó un condón cada 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</p> <p><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>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</p> <p><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>10) Usted usó su lengua para tocar o lamer el ano o trasero de ella.</p>	<p>NO Sí</p> <p><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>11) Usted usó su lengua para tocar o lamer los genitales de ella (vagina, clítoris).</p>	<p>NO Sí</p> <p><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																									

39. ¿Ha participado usted en algún tipo de actividad sexual con un hombre desde su última visita?

No → **PASE A LA PREG. 42**

Sí

↓

40. Hablemos ahora de los distintos hombres con quienes ha participado en actividades sexuales desde su última visita.

A. ¿Con cuántos hombres distintos (si ha habido alguno) ha tenido relaciones sexuales desde su última visita? 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 desde su última visita?

	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. 41.13.

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

TIPO DE ACTIVIDAD	a ¿Participó usted en esta actividad con un hombre desde su última visita?	b ¿Con cuántos hombres lo hizo [desde su última visita]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar la cantidad lo mejor que pueda)																																	
1) Usted introdujo su pene en la boca de él. Si NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (4).	NO <input type="radio"/> sí <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																									
<p>SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS:</p> 2) Cuando introdujo el pene en la boca de otros hombres, ¿con cuántos de ellos utilizó un condón <u>cada</u> vez que lo hizo, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado? <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: Cuando introdujo el pene en la boca de él, ¿utilizó un condón <u>cada</u> vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p>	NO <input type="radio"/> sí <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																									
<p>SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS:</p> 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>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>	NO <input type="radio"/> sí <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																									

4) Usted introdujo su pene en el ano de él. Si NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (7).	NO <input type="radio"/> sí <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																									
<p>SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS:</p> 5) Cuando introdujo su pene en el ano de otros hombres, ¿con cuántos de ellos utilizó un condón <u>cada</u> vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado? <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: Cuando introdujo su pene en el ano de él, ¿utilizó un condón <u>cada</u> vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p>	NO <input type="radio"/> sí <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																									
<p>SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS:</p> 6) ¿En los anos de cuántos hombres eyaculó mientras no usaba condón? <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>	NO <input type="radio"/> sí <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
perforated

246006-417

SERIAL #

41. Continuación

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

TIPO DE ACTIVIDAD	a ¿Participó usted en esta actividad con un hombre desde su última visita?	b ¿Con cuántos hombres lo hizo [desde su última visita]? (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																									
8) Las veces en que un hombre introdujo su pene en la boca suya, ¿con cuántos hombres utilizó un condón <u>cada</u> vez, 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 un condón <u>cada</u> vez, 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																									
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																									
11) Las veces que un hombre introdujo su pene en el ano de usted, ¿con cuántos hombres utilizó un condón <u>cada</u> vez, 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 un condón <u>cada</u> vez, 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																									
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																									

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

	a		b			
	¿Ha tomado o usado esta droga [desde su última visita en (MES)]? (nombre de cada droga)		DIARIA-MENTE	SEMANAL-MENTE	MENSUAL-MENTE	CON MENOR FRECUENCIA
Hierba, marihuana o hachís	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Estimulantes" como inhalantes de nitrito (amilo, butilo o nitritos de isopropilo)	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crack o cocaína que se fuma	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras formas de cocaína	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Speed, Metanfetaminas o Ice	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroína	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Speedball o chute (heroína y cocaína juntas)	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tachas, XTC, X o MDMA	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros tipos de drogas callejeras o de las discotecas	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>				
Especifique:						
Especifique:						
Especifique:						
Especifique:						
Especifique:						
Especifique:						

3/8" spine
perfor.

246006-3/7

SERIAL #

43. A. [Desde su última visita en (MES)], ¿se ha inyectado alguna vez con drogas recreativas (bajo la piel, inyectadas con una aguja)?

- No → PASE A LA PREG. 49
 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

44. [Desde su última visita en (MES)], ¿ha compartido agujas o aparatos con alguien? Al decir aparatos nos referimos a agujas, jeringas o cucharas?

- No → PASE A LA PREG. 46
 Sí

45. A. [Desde su última visita en (MES)], ¿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

46. A. [Desde su última visita en (MES)], ¿ha compartido el agua que usa para enjuagar sus jeringas con alguna persona?

- No → PASE A LA PREG. 47
 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

47. [Desde su última visita en (MES)], ¿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

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

- No → PASE A LA PREG. 49
 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

49. [Desde su última visita en (MES)], ¿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



