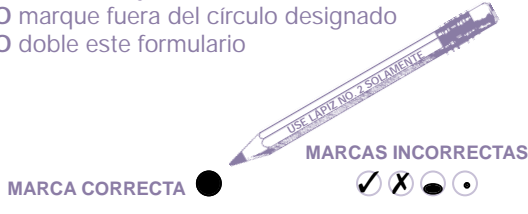


INSTRUCCIONES

- 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	4 2 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 0 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 0 10 1 20 2 30 3 40 4 50 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Ene <input type="radio"/> Feb <input type="radio"/> Mar <input type="radio"/> Abr <input type="radio"/> May <input type="radio"/> Jun <input type="radio"/> Jul <input type="radio"/> Ago <input type="radio"/> Sep <input type="radio"/> Oct <input type="radio"/> Nov <input type="radio"/> Dic	0 0 1 1 2 2 3 3 4 5 6 7 8 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 ¿En qué mes recibió el diagnóstico por primera vez?	c ¿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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	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:	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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	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:
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	
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:	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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	

OBTENGA PERMISO MÉDICO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO



SERIAL #

1. Continuación

SÍ DIJO NO A a PASE A LA HILERA SIGUIENTE	a	b ¿En qué mes y año recibió el diagnóstico por primera vez desde su última visita?																										
G. Linfoma, tipo específico <input type="radio"/> Linfoma cerebral primario <input type="radio"/> Linfoma no Hodgkiniano <input type="radio"/> Otro Especifique: _____	NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> PASE A LA HILERA SIGUIENTE	<table border="1"> <tr> <td></td><td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td> </tr> <tr> <td></td><td>94</td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td> </tr> </table>		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05																
H. Meningitis relacionada con el virus VIH o meningitis criptocócica	NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> PASE A LA HILERA SIGUIENTE	<table border="1"> <tr> <td></td><td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td> </tr> <tr> <td></td><td>94</td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td> </tr> </table>		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05																
I. Cándida o muguet, una infección por levadura del esófago (el conducto que conecta la boca con el estómago)	NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> PASE A LA HILERA SIGUIENTE	<table border="1"> <tr> <td></td><td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td> </tr> <tr> <td></td><td>94</td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td> </tr> </table>		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05																
J. Criptosporidiosis	NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> PASE A LA HILERA SIGUIENTE	<table border="1"> <tr> <td></td><td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td> </tr> <tr> <td></td><td>94</td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td> </tr> </table>		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05																
K. Síndrome de emaciación o pérdida grave de peso	NO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> PASE A LA HILERA SIGUIENTE	<table border="1"> <tr> <td></td><td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td> </tr> <tr> <td></td><td>94</td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td> </tr> </table>		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05																

c ¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)?	
Nombre del hospital, clínica o médico	Nombre del hospital, clínica o médico
Dirección	Dirección
Ciudad	Ciudad
Estado	Estado

2. [Desde su última visita en (MES)], ¿además de las enfermedades o condiciones que acabo de mencionar, le ha dicho un doctor u otro proveedor de servicios médicos que tiene alguna otra condición del SIDA? [Escriba en el cuadro de arriba el nombre y dirección del médico que diagnosticó la condición o condiciones.]

- No → **PASE A LA PREG. 3**
 Sí

a Si es sí, ¿cual fue la diagnosis?	b ¿En que mes y año fue diagnosticado, desde su última visita?																										
1) Especifique: _____	<table border="1"> <tr> <td></td><td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td> </tr> <tr> <td></td><td>94</td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td> </tr> </table>		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D															
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05															
2) Especifique: _____	<table border="1"> <tr> <td></td><td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td> </tr> <tr> <td></td><td>94</td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td> </tr> </table>		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D															
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05															
3) Especifique: _____	<table border="1"> <tr> <td></td><td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td> </tr> <tr> <td></td><td>94</td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td> </tr> </table>		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D															
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05															

OBTENGA PERMISO MÉDICO

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 LA RESPUESTA ES SÍ: ¿En qué parte del cuerpo tuvo el cáncer y qué tipo de cáncer le dijeron que era?		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	
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	94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
		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	
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	94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
		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"/>	94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05

C. ¿Fue positivo el resultado? NO SÍ

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

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

SERIAL #

8.D. ¿Algún miembro de su familia sufrió o sufre de cáncer? No Sí

NO SÍ NO SÉ
SÍ: Se trata de:
 a. Cáncer de piel
 b. Cáncer de colon
 c. Cáncer de próstata
 d. Cáncer cervical (familiares femeninos)
 e. Cáncer anal
 f. Otro tipo de cáncer

PASE A LA PREG. 9

PASE A LA PREG. 9

9.A.(1) ¿Le han hecho una biopsia anal alguna vez?
(Por biopsia entendemos la extracción de cualquier tejido o glándula para examinarlos bajo el microscopio.)

No Sí
PASE A LA PREG. 9.B.(1)

(2) ¿Cuántas veces ha tenido una biopsia anal con un resultado anormal?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 VECES

Si la respuesta es CERO, pase a la Preg. 9.B. Si una o más veces, OBTENGA PERMISO MÉDICO.

(3) ¿En qué mes y año le fue diagnosticado [por primera vez] un resultado anormal?

E F M A M J J A S O N D
 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05

Si más de una biopsia anormal, haga la Preg. 9.A.(4). Si NO, pase a la Preg. 9.B.

(4) ¿En qué mes y año fue la última vez que le diagnosticaron un resultado anormal?

E F M A M J J A S O N D
 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05

Especifique:

9.B.(1) ¿Alguna vez le han hecho una prueba de Papanicolaou anal?

No Sí
PASE A LA PREG. 9.C.(1)

(2) ¿En qué mes y año le hicieron la prueba de Papanicolaou?

E F M A M J J A S O N D
 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05

(3) ¿Fue anormal el resultado?

No Sí
OBTENGA PERMISO MÉDICO

9.C.(1) [Desde su última visita en (MES)], ¿le han hecho alguna otra biopsia?

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 VECES

(3) Por cada biopsia, conteste las siguientes preguntas:

a. ¿En qué parte del cuerpo?	b. ¿Cuál fue el diagnóstico o el resultado de la biopsia?	c. ¿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"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Especifique: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	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"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Especifique: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	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"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Especifique: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Nombre del médico <input type="text"/> Nombre del hospital, centro o clínica <input type="text"/> <input type="text"/> Ciudad Estado FECHA

OBTENGA PERMISO MÉDICO

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) NO Sí

B. Muguet (levadura en la boca)

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. Anemia, bajo recuento de glóbulos rojos, bajo nivel de hemoglobina

K. ~~Dolor en el pecho relacionado con enfermedad cardíaca o angina~~

L. ~~Ataque al corazón o infarto de miocardio~~

M. ~~Insuficiencia cardíaca congestiva~~

N. ~~Embolia~~

O. Ataque epiléptico

P. Osteoporosis (reducción de la densidad ósea)

Q. Artritis

SI ES ASÍ: ¿qué tipo? → Reumática

Artrosis o degenerativa

Otro

Especifique:

No sabe qué tipo

R. Necrosis avascular o reemplazo de cadera

S. 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

OBTENGA PERMISO MÉDICO

T. 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

U. 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

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

W. [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)?

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

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

SERIAL #

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) Oídos, nariz, garganta, boca y senos nasales

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) Corazón y vasos sanguíneos

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) Pulmones y tubos bronquiales

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) Genital, urinario y rectal

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

10.Z.Continuación

k) Las hormonas o Sistema Endocrinal

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?

NO Sí

¿Cuál fue el diagnóstico?

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?

NO Sí

¿Cuál fue el diagnóstico?

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?

NO Sí

¿Cuál fue el diagnóstico?

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?

NO Sí

¿Cuál fue el diagnóstico?

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 NO Sí
- 2) Llagas en la región genital NO Sí
- 3) Llagas en las zonas del ano o el recto NO Sí
- 4) Llagas en alguna otra parte del cuerpo NO Sí

SI DIJO QUE NO A LAS 4, PASE A LA PREG. 12

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

NO Sí

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?

NO Sí

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 NO Sí

B) Algún tipo de gonorrea NO Sí

SI DIJO "NO" A (B), PASE A (F)

C) Gonorrea uretral (gonorrea o secreción de la vía urinaria) NO Sí

D) Gonorrea oral (de la boca o la garganta) NO Sí

E) Gonorrea rectal (del recto) NO Sí

F) Uretritis no específica o uretritis no gonocócica (es decir, una secreción del pene que no ha sido causada por la gonorrea) NO Sí

G) Verrugas genitales (condylomata acuminata) NO Sí

H) Verrugas anales (condylomata acuminata) NO Sí

I) Clamidia NO Sí

J) Alguna enfermedad producida por parásitos, incluyendo lombrices, shigelosis, salmonelosis, disentería por amebas, o giardiasis NO Sí

Especifique:

SERIAL #

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 ¿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).]
	TUBO (CADA UNO) Ocurrió eso [desde su última visita en (MES)]?		¿Duró 2 semanas o más?		¿Tiene este problema actualmente?		¿Es esto un nuevo problema? (SI LA RESPUESTA ES SÍ, SIGA A LA COLUMNA E)		
	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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05
15) 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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05

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 actualmente?		¿Es esto un nuevo problema? (SI LA RESPUESTA ES SÍ, SIGA A LA COLUMNA E)		¿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)	
16) 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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	
17) 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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	
18) 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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	
19) 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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	
20) 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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	
21) 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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	
22) 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 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05	

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

Si dijo NO, pase a la siguiente pregunta.
Si dijo SÍ, indique la gravedad.

	NO	SÍ	
1. ¿Dolor, o ardor en los pies o las piernas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→
2. ¿Punzadas o pinchazos en los pies o las piernas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→
3. ¿Pies o piernas adormecidas (falta de sensibilidad)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→

Gravedad
(0= Ninguna, 1= Poca, 10= Grave)

1. ¿Dolor, o ardor en los pies o las piernas?	Derecha	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Izquierda	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. ¿Punzadas o pinchazos en los pies o las piernas?	Derecha	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Izquierda	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. ¿Pies o piernas adormecidas (falta de sensibilidad)?	Derecha	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Izquierda	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SERIAL #

3/8" spine part

14. 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.A.(1)

14.A. **SI DIJO NO:** ¿Por qué no está tomando los medicamentos relacionados con el virus VIH? **LEA CADA OPCIÓN Y MARQUE TODAS LAS RESPUESTA VÁLIDAS.**

- 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:

15.A. (1) [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
 Sí

**PASE A LA PREG. 15.B.(1) SI ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS PARA EL VIH
 PASE A LA PREG. 16 SI NO ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS PARA EL VIH**

(2) ¿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"/>

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

No
 Sí
 No sé

PASE A LA PREG. 16 SI NO ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS PARA EL VIH

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 Y LUEGO PASE A LA PREGUNTA 15.C

- 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:

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

PARE

LLENE EL GLOBO AL LADO DE LOS TRES MEDICAMENTOS Y LUEGO LLENE EL FORMULARIO 1 PARA CADA MEDICAMENTO.

- 3-TC (Eпивir, Lamivudine)
 Abacavir (Ziagen)
 Amprenavir (Agenerase)
 AZT (Retrovir, Zidovudine)
 Atazanavir (Reyataz BMS-232632)
 Combivir (AZT & 3-TC)
 d4T (Zerit, Stavudine)
 ddI (Dideoxynosine, Didanosine, Videx)
 Delavirdine (Rescriptor)
 Efavirenz (Sustiva)
 Emtriva (Emtricitabine, Coviracil, FTC)
 Epzicom (Abacavir + Lamivudine)
 Fuzeon (Pentafuside, Enfuvirtide, T-20)
 Indinavir (Crixivan)
 Lexiva (Fosamprenavir)
 Lopinavir/r (Kaletra)
 Nelfinavir (Viracept)
 Nevirapine (Viramune)
 Ritonavir (Norvir)
 Saquinavir (Invirase, Fortovase)
 Tenofovir (Viread)
 Tripanavir
 Trizivir (Abacavir + Zidovudine + Lamivudine)
 Truvada (Tenofovir, Emtricitabine)
 Otro 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
 Sí

PASE A LA PREG. 15.C

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

16. Continuación

PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN "NO" A OTROS MEDICAMENTOS (17a)	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?	c ¿Ha tomado alguno en los últimos cinco días (ASPIRINA: en la última semana)?																																	
SI DIJO "NO" A a, PASE AL SIGUIENTE ELEMENTO	NO SI		NO SI																																	
15) Medicamentos utilizados para diabetes a. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.16	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
b. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.16	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
c. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.16	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
16) Medicamentos para la hepatitis																																				
a. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.17	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
b. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.17	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
17) Otro																																				
a. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <input type="text"/> Usado para: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
b. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <input type="text"/> Usado para: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
c. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <input type="text"/> Usado para: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
d. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <input type="text"/> Usado para: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
e. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <input type="text"/> Usado para: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
f. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <input type="text"/> Usado para: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
g. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <input type="text"/> Usado para: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										
h. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></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>	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <input type="text"/> Usado para: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																										
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																										
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																										

3/8" spine part

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, ¿ha tenido algún seguro médico, tal como una organización HMO, Blue Cross o Medicare?

No → **SI LA RESPUESTA ES NO, PASE A LA PREGUNTA 18.A9** Sí - ¿ha tenido?

- | | NO | SÍ |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1) Seguro por un "HMO" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2) Seguro privado a través de un grupo (Blue Cross, CIGNA, etc.) (no como un "HMO") | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3) Seguro individual privado (Blue Cross, CIGNA, etc.) (no como un "HMO") | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4) Medicaid, Medi-Cal, o Asistencia Médica | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5) Medicare (para personas mayores de 65 años o con una incapacidad permanente) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6) Beneficios de salud para las Fuerzas Armadas o la Administración de Veteranos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7) Seguro médico CHAMPUS o CHAMP-VA, para familiares a cargo de personal militar o familiares de veteranos incapacitados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8) Otro NO SÍ

Especifique:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

9) ADAP (Programa de asistencia que provee medicinas para el SIDA) NO SÍ

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

SI LA RESPUESTA ES NO, A LA PREGUNTA 18.A Y 18.B, LUEGO 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"/> |
| 10) Otro motivo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Especifique:

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

E. ¿Tiene seguro ahora?

No → **PASE A LA PREG. 22**
 Sí → **PASE A LA PREG. 20A**

SERIAL #

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 ¿Ha utilizado alguno (diga cada opción) desde su última visita?		b ¿Cuántas veces? (99 = 99 ó más)	
	NO	SÍ		
1) HMO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2) Consultorio médico o una clínica (seguro médico regular) incluyendo la atención de emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3) Cualquier otra clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4) Sala de urgencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5) Otro servicio como paciente ambulatorio (Especifique a continuación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Especifique:

3/8" spine part

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 (quiropático, nutricionista, acupunturista, herbalista)	<input type="radio"/> NO PASE A LA SIGUIENTE HILERA <input type="radio"/> sí	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table>		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9														
4) Toda forma de cuidado de salud pagado en su casa (servicios de enfermera a domicilio, asistencia domiciliaria, pero no el cuidado recibido de parte de compañeros, familiares o amigos)	<input type="radio"/> NO PASE A LA PREG. 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														

34. ¿Tiene SIDA el participante?

- No
- Sí
- No sé

35.

Fecha en que se terminó la entrevista

HORA EN QUE TERMINÓ				
HORA		MIN		
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	
<input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 1	AM <input type="radio"/>
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 20	<input type="radio"/> 2		
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 3		
<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 40	<input type="radio"/> 4	PM <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 5		
<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6			
<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7			
<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8			
<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9			

36.

Firma del entrevistador

NÚMERO DEL ENTREVISTADOR									
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 100	<input type="radio"/> 200	<input type="radio"/> 300	<input type="radio"/> 400	<input type="radio"/> 500	<input type="radio"/> 600	<input type="radio"/> 700	<input type="radio"/> 800	<input type="radio"/> 900
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 20	<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 40	<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 60	<input type="radio"/> 70	<input type="radio"/> 80	<input type="radio"/> 90
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9

37. Es usted hispano/latino?

- No
- Sí

38. ¿De qué raza u origen étnico se considera usted? Usted se considera . . . ? (Lea cada opción y marque todas las que correspondan.)

- Blanco/anglo-americano
- Negro/afro-americano
- Nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico
- Nativo Americano (de América del Norte, América del Sur or Centroamérica)
- Otro

EMPIEZA AQUÍ ACASI.

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

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

- No → **PASE A LA PREG. 41**
- Sí

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

- Menor
- La misma
- Mayor

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

- No → **PASE A LA PREG. 42**
- 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:

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

A. ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?

- No → **PASE A LA PREG. 43**
 Sí

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

- No → **PASE A LA PREG. 43**
 Sí
 Ocasionalmente (menos de un cigarrillo por día)
→ **PASE A LA PREG. 43**

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

43. El siguiente grupo de preguntas es sobre el consumo de bebidas alcohólicas. Las preguntas pueden parecerse, pero tienen pequeñas diferencias.

Responda cada una de las preguntas según los últimos seis meses.

A. ¿Que tan frecuentemente ingiere (toma) bebidas alcohólicas?

- Nunca → **ALTO – PASE A LA P43K**
 Una vez al mes o menos
 Dos o cuatro veces al mes
 Dos o tres veces por semana
 Cuatro o mas veces por semana

B. En los últimos seis meses, ¿cuántas bebidas alcohólicas ha ingerido en un día típico cuando ha estado bebiendo?

- 1 o 2 5 o 6 10 o más
 3 o 4 7 a 9 Nunca

C. En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia ha tomado más de seis bebidas en una sola ocasión?

- Nunca Semanalmente
 Menos de una vez al mes Diario o casi diario
 Mensualmente

D. En los últimos 6 meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado/a?

- Nunca Semanalmente
 Menos de una vez al mes Diario o casi diario
 Mensualmente

E. En los últimos 6 meses, ¿que tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?

- Nunca Semanalmente
 Menos de una vez al mes Diario o casi diario
 Mensualmente

F. En los últimos 6 meses, ¿que tan frecuentemente bebió a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

- Nunca Semanalmente
 Menos de una vez al mes Diario o casi diario
 Mensualmente

G. En los últimos 6 meses, ¿que tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

- Nunca Semanalmente
 Menos de una vez al mes Diario o casi diario
 Mensualmente

H. En los últimos 6 meses, ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

- Nunca Semanalmente
 Menos de una vez al mes Diario o casi diario
 Mensualmente

I. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?

- No
 Sí, pero no en los últimos 6 meses
 Sí, en los últimos 6 meses

J. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que beba menos (que lo baje)?

- No
 Sí, pero no en los últimos 6 meses
 Sí, en los últimos 6 meses

K. ¿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.

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

- No → **PASE A LA PREG. 51**
 Sí

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

- No → **PASE A LA PREG. 48**
 Sí

PASE A LA PREGUNTA 46 EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

46. 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. 47.10.**

47. **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"/>	<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																									
2) SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó un condón <u>cada</u> vez para participar en sexo oral, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado? SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA: ¿Usó un condón <u>cada</u> vez que participó en sexo oral, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?	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) SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: ¿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"/>	<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 la vagina de su compañera (sexo vaginal). SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NUMERO (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																									
5) SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó un condón <u>cada</u> vez para sexo vaginal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado? SI HA TENIDO SÓLO UNA COMPAÑERA: ¿Utilizó un condón <u>cada</u> vez para sexo vaginal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?	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																									
6) SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: ¿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"/>	<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																									

SERIAL #

47. Continuación

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)																														
7) Usted introdujo su pene en el ano de ella (sexo anal). SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NUMERO (10).	NO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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) ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó un condón cada vez que participó en sexo anal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado? 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?	NO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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) ¿Con cuántas mujeres eyaculó en el ano de ellas y no estaba utilizando un condón (o hubo algún problema con el condón)? 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)?	NO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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) Usted usó su lengua para tocar o lamer el ano o trasero de ella.	NO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																							
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																							
11) Usted usó su lengua para tocar o lamer los genitales de ella (vagina, clítoris).	NO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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																							

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

No → **PASE A LA PREG. 51**

Sí



49. 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



3/8" spine part

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. 50.13.

50. 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"/>	<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 VARIOS COMPAÑEROS: 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? 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?	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 VARIOS COMPAÑEROS: 3) ¿Con cuántos hombres tuvo una eyaculación en la boca de ellos y no estaba utilizando un condón (o hubo algún problema con el condón)? 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)?	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 el ano de él. SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (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 VARIOS COMPAÑEROS: 5b) 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? Si ha tenido sexo anal sin protección (Preg. 5b < Preg. 4) lea: ¿Para esos hombres con los que no utilizó un condón, 5b.1) Alguno de esos hombres era VIH positivo? 5b.2) Alguno de esos hombres era VIH negativo? Si 5b.1 ó 5b.2 = No sé o no estoy seguro(a), PASE A LA PREGUNTA 6b. 5b.3) Estaba usted inseguro acerca del estado para VIH de alguno de esos hombres? SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: 5a) 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? SI 5a = NO, 5a.1) ¿Cual era el estado para VIH de su compañero cuando usted no usó condón?	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO SÉ / NO ESTOY SEGURO(A) NO SÍ 5b.1) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 5b.2) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 5b.3) <input type="radio"/> <input type="radio"/> NO SÉ / NO ESTOY SEGURO(A) NEGA-TIVO POSI-TIVO <input type="radio"/> <input type="radio"/> <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 VARIOS COMPAÑEROS: 6b) ¿Con cuántos hombres tuvo una eyaculación en la ano de ellos y no estaba utilizando un condón (o hubo algún problema con el condón)? SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: 6a) ¿Eyaculó usted en el ano de él mientras no usaba 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

50. 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)																														
<p>7) Él introdujo su pene en la boca suya. SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (10).</p>	<p>NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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) 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?</p> <p>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?</p>	<p>NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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) ¿Cuántos hombres eyacularon en su boca y no tenían puesto condón (o hubo algún problema con el condón)?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: ¿Eyaculó él en su boca mientras no usaba condón (o hubo algún problema con el condón)?</p>	<p>NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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) Él introdujo su pene en el ano de usted. SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (13).</p>	<p>NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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>11b) 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?</p> <p>Si ha tenido sexo anal sin protección (Preg. 11b < Preg. 10) lea: ¿De los hombres que no usaron condón,</p> <p>11b.1) Alguno de esos hombres era VIH positivo? 11b.2) Alguno de esos hombres era VIH negativo? Si 11b.1 ó 11b.2 = No sé / No estoy seguro(a), PASE A LA PREGUNTA 12b.</p> <p>11b.3) Estaba usted inseguro acerca del estado para VIH de alguno de esos hombres?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: 11a) 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?</p> <p>SI 11a = NO, 11a.1) ¿Cual era el estado para VIH de su compañero cuando el no usó condón?</p>	<p>NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>NO SÉ / NO ESTOY SEGURO(A) NO sí 11b.1) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 11b.2) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 11b.3) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>NO SÉ / NO ESTOY SEGURO(A) NEGA-TIVO POSI-TIVO ESTOY SEGURO(A) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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>12b) ¿Cuántos hombres eyacularon en el ano de usted y no utilizaron condón (o hubo algún problema con el condón)?</p> <p>12a) SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: ¿Eyaculó él en su ano mientras no usaba condón (o hubo algún problema con el condón)?</p>	<p>NO sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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																							

50. 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)																																	
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																									

Si el participante
 Sólo ha tenido un compañero desde la última visita (49a + 49b = 1), pase a la pregunta 50.14
 Ha tenido más de un compañero desde la última visita, pase a la pregunta 50.15

50.14) Usted dijo que ha tenido (relaciones sexuales completas o actividad sexual) sólo con un hombre [(desde su última visita en (MES))]. Como describiría usted a este individuo?

- Compañero principal o alguien con quien usted ha tenido una relación duradera, ha convivido o quien ha sido su pareja.
- Compañero casual, compañero de una ocasión, o una persona con quien usted no ha establecido una relación cercana y duradera.

PASE A LA PREGUNTA 50.18

50.15) Usted dijo que ha tenido relaciones sexuales completas o actividad sexual con más de un hombre [desde su última visita en (MES)]. Consideraría usted a uno de esos hombres como un compañero principal o alguien con quien usted ha tenido una relación duradera, ha convivido o quien ha sido su pareja?

- No → **PASE A LA PREGUNTA 50.18**
- Sí

50.16) Usted ha tenido relaciones sexuales anales no protegidas con su compañero principal en los últimos 6 meses?

- No → **PASE A LA PREGUNTA 50.18**
- Sí

50.17) Cuál es el estado para VIH de su compañero principal?

- Negativo
- Positivo
- No sé

50.18) Muchos hombres conocen nuevos compañeros sexuales a través de diferentes fuentes y en diferentes sitios. Desde su última visita al MACS, ha conocido usted uno o más compañeros sexuales nuevos en alguno de los siguientes escenarios?

	NO	SÍ	
a) No ha conocido ningún compañero nuevo en los últimos 6 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→ SI A ES SÍ, PASE A LA PREG. 51
b) En Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c) En una fiesta (incluyendo una fiesta privada)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d) A través de un anuncio en periódicos o publicaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
e) En un bar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
f) En saunas o casas de masajes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
g) En un parque u otro espacio público abierto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
h) En un baño, librería u otro espacio público interior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
i) En un sitio donde hay uso o intercambio de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
j) En otro sitio o fuente no listado antes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

SERIAL #

51. 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)		¿Con qué frecuencia tomó o utilizó la droga (nombre de la droga) [desde su última visita en (MES)]?			
	NO	SÍ	DIARIA- MENTE	SEMANAL- MENTE	MENSUAL- MENTE	CON MENOR FRECUENCIA
Hierba, marihuana o hachís	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Estimulantes" como inhalantes de nitrato (amilo, butilo o nitratos de isopropilo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crack o cocaína que se fuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras formas de cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Speed, Metanfetaminas o Ice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Speedball o chute (heroína y cocaína juntas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tachas, XTC, X o MDMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros tipos de drogas callejeras o de las discotecas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Especifique: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Especifique: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Especifique: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Especifique: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Especifique: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Especifique: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Especifique: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

3/8" spine part

