

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 | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|---|----------------|------|-----|-------|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | | 4 | 3 | 0 | HORA | MIN | | MES | DÍA | AÑO |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | 10 | 1 | 10 | 1 | | |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | 2 | 20 | 2 | | | |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | | 3 | 30 | 3 | | | |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | | 4 | 40 | 4 | | | |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | | | 5 | 50 | 5 | | | |
| 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | | | | 6 | | 6 | | | |
| 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | | | | 7 | | 7 | | | |
| 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | | 8 | | 8 | | | |
| 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | | | | 9 | | 9 | | | |

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)?

| SI DIJO NO A a PASE A LA HILERA SIGUIENTE | a | b | c |
|---|---|--|--|
| | | ¿En qué mes y año (desde su última visita) recibió el diagnóstico [por primera vez]? | ¿Cuántas veces recibió este diagnóstico desde su última visita? SI ES 9 VECES O MÁS, MARQUE EL "9" |
| 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"/> No sé <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 qué mes y año fue el más reciente episodio? Especifique: |
| D. Toxoplasmosis o Toxoinfección cerebral | 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, el esófago, 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"/> Esófago <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. Infección micobacterial (MAC o MAI) | 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 #

3/8" spine part

1. Continuación

| SI 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, Especifique <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 <input type="radio"/> Bacteriano <input type="radio"/> Viral <input type="radio"/> Criptocócico <input type="radio"/> Desconocido <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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I. Cándida o muguet, una infección por levadura del esófago (el conducto que conecta la boca con el estómago) no sólo en la boca | 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 o Microsporidiosis (frecuentemente causan la diarrea acuosa y crónico) | 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 _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ | Nombre del hospital, clínica o médico _____ Dirección _____ Ciudad _____ 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 DIJO SÍ, ¿Cuál fue la diagnosis? | b ¿En qué 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 | | | | | | | | | | | | | | | |

3. [Desde su última visita en (MES)] ¿le ha diagnosticado un médico u otro proveedor de servicios médicos la enfermedad de cáncer o la enfermedad de Castleman (aparte del Sarcoma de Kaposi, linfoma cerebral primario, o linfoma no Hodgkiniano)?

- No
Sf

SI DIJO NO, PASE A LA PREG. 4

Form sections a and b. Section a: SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿En qué parte del cuerpo tuvo el cáncer y qué tipo de cáncer le dijeron que era? Section b: ¿En qué mes y año recibió el diagnóstico por primera vez desde su última visita?

Form section c: ¿Cuál fue el nombre y la dirección del médico quien diagnosticó el cáncer? Includes fields for name, address, city, and state for two instances.

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

4A. [Desde su última visita en (MES)], ¿le han hecho 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?

Month and year selection grid for question B.

C. ¿Fue positivo el resultado? NO SÍ

5.A. [Desde su última visita en (MES)], ¿ha tenido una infección de tuberculosis activa? NO SÍ

PASE A LA PREG. 6

B. ¿Tenía la tuberculosis en sus pulmones? NO SÍ

C. ¿Tenía la tuberculosis en otra parte del cuerpo (aparte de sus pulmones)? NO SÍ

OBTENGA PERMISO MEDICO

OBTENGA PERMISO MEDICO

SERIAL #

8.B. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿Alguno de sus familiares más cercanos ha sufrido de (CADA DOLENCIA)?

| | NO | SÍ | NO SÉ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Presión sanguínea alta o hipertensión | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Angina, que frecuentemente causa dolor del pecho | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Un ataque al corazón o infarto de miocardio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Insuficiencia cardiaca congestiva | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Derrame cerebral o accidente cerebro-vascular | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Mini-derrames cerebrales o ataques isquémicos transitorio (AIT) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Colesterol alto, triglicéridos elevados, lípidos elevados o demasiada grasa en la sangre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Niveles elevados de azúcar en la sangre o diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8.C. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿Alguno de sus familiares más cercanos ha sufrido de cáncer?

No Sí No Sé

SÍ: Se trata de:

| | NO | SÍ | NO SÉ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Cáncer de piel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Cáncer de colon | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Cáncer de próstata | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Cáncer cervical (familiares femeninos) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Cáncer anal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Otro tipo de cáncer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

PASE A LA PREG. 9.A.(1)

PASE A LA PREG. 9.A.(1)

Especifique:

9.A.(1) En su comunidad, ¿Se puede acceder un chequeo para cáncer anal (que incluye una prueba de Papanicolaou anal, muestra con un cotonete, o la posibilidad de una biopsia anal)?

No
 Sí
 No sé

(2) ¿Qué tan probable es que sea usted investigado para cáncer anal, verrugas anales u otro problema de salud anal durante los próximos seis meses (aparte de su visita regular al MACS)?

No es probable
 Improbable
 Posiblemente
 Probable
 Muy probable

(3) Si Ud. sospechara que tiene verrugas anales u otro problema de salud anal, ¿A dónde iría para recibir un diagnóstico y/o un tratamiento?

Su médico primario
 Una clínica para enfermedades transmitidas sexualmente
 Una clínica o centro de salud para homosexuales
 Un especialista anal (un proctólogo o un cirujano colorectal)
 Un dermatólogo
 Un especialista en VIH
 Otro → Especifique:

(4) ¿Qué tanto le preocupa desarrollar cáncer anal durante el transcurso su vida?

Nada
 Escasamente
 Moderadamente
 Bastante
 Muy preocupado

9.B.(1) ¿Alguna vez le han hecho una prueba de Papanicolaou anal? (Una prueba de Papanicolaou anal es la colección de una muestra de células con una brocha pequeña o un cotonete para buscar indicaciones de anormalidad.)

- No → **PASE A LA PREG. 9.D.(1)**
 Sí

(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 → **PASE A LA PREG. 9.D.(1)**
 Sí → **OBTENGA PERMISO MÉDICO**

¿Cuál es el nombre del doctor que realizó la prueba? ¿Dónde se la hicieron?

Nombre del médico _____

Nombre del hospital, centro o clínica _____

Ciudad _____ Estado _____

9.C.(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 → **PASE A LA PREG. 9.D.(1)**
 Sí

(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.D.(1). 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.C.(4). Si NO, pase a la Preg. 9.D.(1).

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

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

- No → **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**
 Sí

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

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 VECES

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

| a | b | c | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| ¿En qué parte del cuerpo? | ¿Cuál fue el diagnóstico o el resultado de la biopsia? | ¿Cuál es el nombre del doctor que realizó la biopsia? ¿Dónde y cuándo se la hicieron? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) Especifique: _____ _____ <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 | Especifique: _____ _____ <table border="1"><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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Nombre del médico _____ Nombre del hospital, centro o clínica _____ _____ Ciudad _____ Estado _____ FECHA _____ |
| | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2) Especifique: _____ _____ <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 | Especifique: _____ _____ <table border="1"><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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Nombre del médico _____ Nombre del hospital, centro o clínica _____ _____ Ciudad _____ Estado _____ FECHA _____ |
| | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3) Especifique: _____ _____ <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 | Especifique: _____ _____ <table border="1"><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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Nombre del médico _____ Nombre del hospital, centro o clínica _____ _____ Ciudad _____ Estado _____ FECHA _____ |
| | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | NO | SÍ |
| A. Culebrilla (o Herpes Zoster) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Muguet (levadura en la boca) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Mononucleosis infecciosa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Sinusitis (una infección en los espacios paranasales que requiere antibióticos) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Bronquitis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| F. Pancreatitis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| G. Problemas no cancerosos con la próstata | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| H. Presión sanguínea alta o hipertensión | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| I. Lesión en la cabeza con pérdida del conocimiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| J. Anemia, bajo recuento de glóbulos rojos, bajo nivel de hemoglobina | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| K. Angina, la cual frecuentemente causa dolor del pecho | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L. Ataque al corazón o infarto de miocardio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| M. Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| N. Derrame cerebral o accidente cerebro-vascular | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| O. Mini-derrames cerebrales o ataques isquémicos transitorio (AIT) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| P. Latidos cardíacos demasiado rápidos, demasiado lentos o irregulares | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Q. Colesterol alto, triglicéridos elevados, lípidos elevados o demasiada grasa en la sangre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| R. Vasos sanguíneos (arterias) obstruidos o cerrados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| S. Operación u otro procedimiento, tal como angioplastia, para abrir vasos sanguíneos obstruidos del corazón u otras partes del cuerpo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| T. Coágulo de sangre en las piernas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| U. Coágulo de sangre en los pulmones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| V. Niveles elevados de azúcar en la sangre o diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| W. Ataque epiléptico o convulsiones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| X. Osteoporosis (reducción de la densidad ósea) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Y. Artritis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

SI ES ASÍ: ¿qué tipo?: Reumática Artrosis o degenerativa Otro No sabe qué tipo

(Lea y conteste cada una)

Especifique:

- Z. Necrosis avascular (osteonecrosis)
- AA. Enfermedad/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 SI DIJO OTRO O NO SÉ SI APARECE EN NEGRO

BB. 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?: Hepatitis A o hepatitis infecciosa

(Lea y conteste cada una)

Hepatitis B o hepatitis por suero

Hepatitis C

Otro

No sabe qué tipo

Especifique:

CC. Enfermedad hepática/del hígado

SI ES ASÍ, ¿qué tipo?:

Prueba de función hepática elevada/enzima

OBTENGA PERMISO MÉDICO SI DIJO OTRO O NO SÉ

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 _____

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

- No
- Sí

EE.(1) ¿Ha recibido alguna vez las inyecciones de la vacuna combinada para prevenir la hepatitis A y B?

- No Sí
- No Sí
- No Sí
- No Sí

PASE A LA PREG. FF.(1)

(2) ¿Ha completado la vacuna combinada para la hepatitis A y B? Cuando decimos completado, queremos decir que ha recibido 3 inyecciones/dosis.

- No, menos de 3 dosis
- Sí, todas las 3 dosis
- No lo sé

(3) ¿En qué mes y año recibió la última inyección/dosis?

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

FF.(1) ¿Ha recibido alguna vez las inyecciones o la vacuna para prevenir la hepatitis A?

- No Sí
- No Sí

PASE A LA PREG. GG.(1)

(2) ¿Ha completado la vacuna para la hepatitis A? Cuando decimos completado, queremos decir que ha recibido 2 inyecciones/dosis.

- No, sólo una dosis
- Sí, 2 dosis
- No lo sé

(3) ¿En qué mes y año recibió la última inyección/dosis?

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

SERIAL #

GG.(1) ¿Ha recibido alguna vez las inyecciones o la vacuna para prevenir la hepatitis B?

No Sí **PASE A LA PREG. HH**

(2) ¿Ha completado la vacuna para la hepatitis B? Cuando decimos completado, queremos decir que ha recibido 3 inyecciones/dosis.

No, menos de 3 dosis
 Sí, todos las 3 dosis
 No lo sé

(3) ¿En qué mes y año recibió la última inyección/dosis?

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

HH. [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 (el cerebro, la columna vertebral, los nervios del pie o de la mano)?

NO Sí

SI ES ASÍ, ¿se diagnosticó su condición? NO SÍ

SI ES ASÍ, ¿cuál fue el diagnóstico?

Especifique:

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

II. [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?

a) La vista

NO Sí

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo? NO SÍ
 ¿Cuál fue el diagnóstico? **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

NO Sí

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo? NO SÍ
 ¿Cuál fue el diagnóstico? **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

NO Sí

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo? NO SÍ
 ¿Cuál fue el diagnóstico? **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

NO Sí

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo? NO SÍ
 ¿Cuál fue el diagnóstico? **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

NO Sí

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo? NO SÍ
 ¿Cuál fue el diagnóstico? **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

NO Sí

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo? NO SÍ
 ¿Cuál fue el diagnóstico? **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

NO Sí

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo? NO SÍ
 ¿Cuál fue el diagnóstico? **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

NO Sí

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 |

i) El sistema nervioso

NO Sí

SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo? NO SÍ
 ¿Cuál fue el diagnóstico? **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 |

II. Continuación

j) Una condición psicológica NO Sí
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico? 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 |

k) Las hormonas o Sistema Endocrinal NO Sí
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico? PASE A l

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 NO Sí
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿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 aparte del VIH NO Sí
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿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 NO Sí
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico? PASE A LA PREG. 11.A

1. 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 |

2. 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 |

11.A. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes tipos de herpes, sin incluir el herpes zoster [desde su última visita en (MES)]? NO Sí

1) Herpes facial, fuegos/boqueras, o ampollas por fiebre

2) Llagas en la región genital

3) Llagas en las zonas del ano o el recto

4) Llagas en alguna otra parte del cuerpo

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

B. ¿Ocurrió el primer ataque de herpes desde su última visita en (MES)?

C. ¿Ha habido algún período desde su última visita en (MES) durante el cual las llagas (de herpes) parecieron haberse presentado con mayor frecuencia, empeoraron o duraron más de lo normal?

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

| ENFERMEDAD O AFECCIÓN | TUVO LA ENFERMEDAD |
|-----------------------|---|
| | NO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> |

A.1) Sífilis

SI DIJO "NO," PASE A LA PREG. B

A.2) ¿Fue este episodio una infección nueva o una continuación o recaída de una infección previa?

- infección nueva
- continuación o recaída

B) Algún tipo de gonorrea

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

C) Gonorrea uretral (gonorrea o secreción de la vía urinaria)

D) Gonorrea oral (de la boca o la garganta)

E) Gonorrea rectal (del recto)

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

G.1) Verrugas genitales (condylomata acuminata)

SI DIJO "NO," PASE A LA PREG. H.1

G.2) ¿Fue este episodio una infección nueva o una continuación o recaída de una infección previa?

- infección nueva
- continuación o recaída

H.1) Verrugas anales (condylomata acuminata)

SI DIJO "NO," PASE A LA PREG. I

H.2) ¿Fue este episodio una infección nueva o una continuación o recaída de una infección previa?

- infección nueva
- continuación o recaída

I) Alguna enfermedad producida por otro agente, incluyendo lombrices, shigelosis, salmonelosis, disentería por amebas, o giardiasis

Especifique:

SERIAL #

3/8" spine part

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

| PROBLEMA O SÍNTOMA POR CADA SÍ EN a, PREGUNTE b, c, d, y e. | a | | b | | c | | d | | e ¿En qué 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 qué temporada fue aproximadamente que pasó (esta última vez).] |
|--|--|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|---|
| | TUVO (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) 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"/> | <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|---|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | TUVO (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 qué 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 qué temporada fue aproximadamente que pasó (esta última vez).] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | ¿Cuándo empezó? (Mes y año) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16) 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"/> | <table border="1"> <tr><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>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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17) 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"/> | <table border="1"> <tr><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>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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18) 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"/> | <table border="1"> <tr><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>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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> | <table border="1"> <tr><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>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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20) Cálculos/piedras en el riñón | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <table border="1"> <tr><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>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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> | <table border="1"> <tr><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>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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> | <table border="1"> <tr><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>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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 |
| <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="radio"/> | <input type="radio"/> | → | <table border="1"><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><td>10</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | |
| Izquierda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | → | <table border="1"><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><td>10</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | |
| 2. ¿Punzadas o pinchazos en los pies o las piernas? | Derecha | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | → | <table border="1"><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><td>10</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | |
| Izquierda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | → | <table border="1"><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><td>10</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | |
| 3. ¿Pies o piernas adormecidas (falta de sensibilidad)? | Derecha | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | → | <table border="1"><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><td>10</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | |
| Izquierda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | → | <table border="1"><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><td>10</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | |

3/8" spine part

14. Desde su última visita, ¿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 decidió no tomar 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 DESDE SU ÚLTIMA VISITA
PASE A LA PREG. 16 SI NO ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS PARA EL VIH DESDE SU ÚLTIMA VISITA

(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 DESDE SU ÚLTIMA VISITA

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

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.

- sulfato de abacavir (Ziagen) (218)
- amprenavir (Agenerase) (219)
- atazanavirina (Reyataz) (243)
- Combivir (zidovudine & lamivudine) (227)
- mesilato de delavirdina (Rescriptor) (194)
- didaoxinosina (Videx) (147)
- efavirenz (Sustiva) (220)
- emtricitabine (Emtriva, FTC) (239)
- enfuvirtide (Fuzeon, T-20, pentafuside) (233)
- Epzicom (abacavir, lamivudina) (254)
- fosamprenavir (Lexiva) (249)
- indinavir (Crixivan) (212)
- lamivudina (Eпивir, 3TC) (204)
- lopinavirina (Kaletra) (217)
- mesilato de nelfinavir (Viracept) (216)
- nevirapina (Viramune) (191)
- ritonavir (Norvir) (211)
- saquinavir (Invirase, Fortovase) (210)
- tenofovirina (Viread) (234)
- tipranavir (238)
- Trizivirina (abacavir + lamivudina + zidovudina) (240)
- Truvada (emtricitabine + tenofovirina) (253)
- zidovudina (Retrovir, AZT) (092)
- Otro drogas antirretrovirales 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 |

15.C. (1) [Desde su última visita en (MES)], ¿ha tomado algún medicamento o droga en la siguiente lista [MUESTRE LA LISTA # 2] para suprimir o prevenir alguna enfermedad causada por el VIH o para tratar las enfermedades relacionadas con el VIH o el SIDA?

- No → **PASE A LA PREG. 15.D**
- Sí

(2) Enumere los medicamentos que ha tomado.

PARE

LLENE EL CÍRCULO JUNTO AL MEDICAMENTO. PARA LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN EN LA LISTA, ESCRIBA EL NOMBRE BAJO "OTRO" COMO SE LO DIGA EL PARTICIPANTE. COMPLETE EL FORMULARIO 2 PARA CADA MEDICAMENTO.

- atovaquone (Mepron, BW566C80) (190)
- azitromicina (Zithromax) (152)
- Bactrim (Septra, TMP/SMX) (112)
- ciprofloxacín (Cipro) (153)
- clarithromicina (Biaxin) (184)
- co-enzima Q (196)
- medicamentos para aumentar el nivel de glóbulos blancos en la sangre (G-CSF, Neupogen) (157)
- Dapsone (113)
- DHEA (dihydroepiandrosteredione) (161)
- eritropoietina (Epogen, Procrit) (117)
- etambutol (Myambutol) (137)
- fluconazole (Diflucan) (116)
- foscarnet (foscavir) (091)
- ganciclovir (Cytovene, DHPG, valcyte, valganciclovir) (125)
- interleukin 2 (IL-2) (096)
- Marinol (dronabinol) (547)
- Megace (acetato de megestrol) (123)
- NAC (N-acetyl cysteine) (188)
- Nandrolone (deca-durabolin) (232)
- Oxandrín (oxandrolone) (228)
- rifabutin (Micobutin, Ansamicin) (093)
- Serostim (hormona del crecimiento humano) (245)
- testosterona (Androgel, Androderm, Delatestryl, Testoderm, Virilon) (236)

Otros en la lista de medicamentos # 2 (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 |

15.D. (1) [Desde su última visita en (MES)], ¿ha tomado algún medicamento, droga u otro tratamiento que no aparezca en la lista para combatir o prevenir la enfermedad causada por el VIH o tratar las enfermedades relacionadas con el VIH o SIDA?

- No → **PASE A LA PREG. 16**
- Sí

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

1.

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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.

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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.

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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.

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

7.

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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.

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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.

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

SERIAL #

16. Ahora quiero preguntarle sobre drogas y medicamentos que usted pudiera haber tomado por otros problemas de salud. Estos incluyen medicamentos recetados, sin receta y otros que usted haya tomado por su cuenta [desde su visita en (MES)].

| 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 | SÍ | | | NO | SÍ |
| 1) Esteroides por vía oral o intravena | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2) Hormona o medicamento para la tiroides | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3) Otras hormonas tales como esteroides anabólicos | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4) Antibióticos tales como penicilina, tetraciclina, eritromicina, o sulfa | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5) Medicamento por vía oral para infección micótica (por hongos) | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6) Medicamento por vía oral para lombrices o parásitos | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7) Tranquilizantes o píldoras para dormir | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8) Antidepresivos o estimulantes del ánimo | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9) Litio | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10) Aciclovir, famciclovir, zovirax, famvir, valtrex o valaciclovir para herpes SI DIJO SÍ, tomé este medicamento: ¿cada día? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí ¿sólo cuando tenía lesiones activas? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11) Viagra u otros medicamentos para disfunciones de erección masculina | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12) Aspirina ingerida durante tres o más días en el transcurso de una semana | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13) Medicamentos para el colesterol, los triglicéridos, lípidos o para reducir la grasa en la sangre | a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | b. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | c. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14) Medicamentos para la hipertensión | a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | b. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | c. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | d. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | e. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nombre: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3/8" spine perf

| 16. Continuación | PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN "NO" A OTROS MEDICAMENTOS (17a) SI DIJO "NO" A a, PASE AL SIGUIENTE ELEMENTO | 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)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|---|
| 15) Medicamentos utilizados para diabetes | a. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.16 | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.16 | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.16 | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16) Medicamentos para la hepatitis | a. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.17 | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.17 | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17) Otro | a. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> Usado para: <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> Usado para: <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> Usado para: <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> Usado para: <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> Usado para: <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> Usado para: <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> Usado para: <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 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. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A | Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> Usado para: <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3/8" spine perf

17.A. Desde su última visita en (MES), ¿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

Especifique:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

9) ADAP (Programa de asistencia que provee medicinas para el SIDA)

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, PASE A LA PREGUNTA 22

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

NO SÍ

→ **PASE A LA PREG. 21**

B. SI ES ASÍ, ¿fue ese cambio realizado por elección propia?

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

NO SÍ

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1) Perdió su empleo o lo 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 más 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 DIJO SÍ a más 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, es inmejorable
- 2) Muy satisfecho
- 3) Algo satisfecho
- 4) Ni satisfecho ni insatisfecho
- 5) Algo insatisfecho
- 6) Muy insatisfecho
- 7) Totalmente insatisfecho, es de lo peor

22. ¿Tuvo Ud. algún tipo de seguro dental desde su última visita en (MES)?

- 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 especializada (que no sea de un HMO) incluyendo clínica de urgencias
- Cualquier otra clínica
- Sala de emergencias
- Otro tipo de consulta externa

Especifique

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

24. [Desde su última visita en (MES)], ¿ha acudido a ALGUNA de las siguientes instituciones para recibir cuidado médico externo? (PREGUNTE SOBRE CADA OPCIÓN) (No se incluyen los cuidados de salud dental, cuidados de salud mental, cuidados de salud domésticos, ensayos clínicos, u otros estudios investigativos incluyendo los del MACS.) [MUESTRE LA TARJETA CON EJEMPLOS DE CADA CATEGORÍA.]

| SERVICIO | a | | b | |
|--|---|-----------------------------|---------------------------------|----------------------|
| | ¿Ha utilizado alguno (diga cada opción) desde su última visita? | | ¿Cuántas veces? (99 = 99 ó más) | |
| 1) HMO | NO <input type="radio"/> | SÍ <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2) Consultorio médico o una clínica especializada (que no sea de un HMO) incluyendo clínica de urgencias | NO <input type="radio"/> | SÍ <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3) Cualquier otra clínica | NO <input type="radio"/> | SÍ <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4) Sala de urgencias | NO <input type="radio"/> | SÍ <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5) Otro servicio como paciente ambulatorio (Especifique a continuación) | NO <input type="radio"/> | SÍ <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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) Alguna 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 | | | | | | | | | | | | | | |

26. Por favor calcule la cantidad **TOTAL** de gastos directos que usted o seres cercanos a usted (tales como su compañero/a, familiares, o amigos) han gastado en medicamentos recetados desde su última visita en (MES). [REDONDEE AL VALOR ENTERO MÁS PRÓXIMO, CÓDIGO "0" SI ES MENOS DE 1 DÓLAR]

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

O BIEN

- No sabe
 Se negó

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

- No → **PASE A LA PREG. 28**
 Sí ↓

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

1) Cuidado médico

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

[LEA CADA OPCIÓN Y MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS VÁLIDAS]

- Motivos financieros
 Otros motivos no financieros

Especifique:

2) Atención dental

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

[LEA CADA OPCIÓN Y MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS VÁLIDAS]

- Motivos financieros
 Otros motivos no financieros

Especifique:

3) Medicamentos con receta médica

- No → **PASE A LA PREG. 28**
 Sí → ¿Por qué no obtuvo medicamentos con receta médica?

[LEA CADA OPCIÓN Y MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS VÁLIDAS]

- Motivos financieros
 Otros motivos no financieros

Especifique:

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

- No
 Sí

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

- No
 Sí

30.A. ¿Hay algo más que yo no le haya preguntado y que usted piense que deberíamos saber?

- No, nada más →
 Sí

AGRADEZCA AL PARTICIPANTE Y PASE A LA PREG. 31

B. Lo escucho.

ANOTE TODO LO QUE EL ENTREVISTADO DIGA EN SUS PROPIAS PALABRAS

31. ¿Se administró el ACASI?

- No
 Sí

32. ¿Fue entrevista telefónica?

- No
 Sí

33. ¿Fue visita a casa?

- No
 Sí

34. ¿Fue una entrevista PWA?

- No
- Sí
- No sé

35.

Fecha en que se terminó la entrevista

| HORA EN QUE TERMINÓ | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| HORA | | MIN | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | AM |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | PM |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

36.

Firma del entrevistador

| NÚMERO DEL ENTREVISTADOR | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

EMPIEZA AQUÍ ACASI.

37. En la actualidad, ¿Cuáles de las siguientes categorías describe sus ingresos anuales individuales sin reducciones de impuestos? [ENSÉÑELE LA TARJETA O LEA EN VOZ ALTA]

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

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

- No → **PASE A LA PREG. 39**
- Sí

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

- Menor
- La misma
- Mayor

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

- No → **PASE A LA PREG. 40**
- 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 jefe se enteró de su estado 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 mejores 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:

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

A. ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?

- No → **PASE A LA PREG. 41**
 Sí

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

- No → **PASE A LA PREG. 41**
 Sí
 Ocasionalmente (menos de un cigarrillo por día)
→ **PASE A LA PREG. 41**

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

41. 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 P41K**
 Menos de una vez al mes
 Mensualmente
 Semanalmente
 Diario o casi diario

B. En los últimos seis meses, ¿cuántas bebidas alcohólicas ha ingerido en un día típico cuando ha estado bebiendo? (Una 'bebida' se define como una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas, o una bebida mixta con una onza y media de licor con 80 de alcohol.)

- 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? (Una 'bebida' se define como una cerveza de 12 onzas, un vaso de vino de 5 onzas, o una bebida mezclada de una onza y media de licor.)

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

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

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

E. En los últimos 6 meses, ¿qué 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, ¿qué 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, ¿qué 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. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿Ha estado 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.

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

- No → **PASE A LA PREG. 49**
 Sí

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

- No → **PASE A LA PREG. 46**
 Sí

PASE A LA PREGUNTA 44 EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

44. Ahora vamos a hablar de las distintas mujeres con quienes 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. 45.10.**

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

| TIPO DE ACTIVIDAD | a ¿Participó en esta actividad con alguna mujer 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 el condón dejó de funcionar correctamente)? 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 dejó de funcionar correctamente)? SI HA TENIDO SÓLO UNA COMPAÑERA: ¿Eyaculó usted en su vagina 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SERIAL #

45. 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"/> | <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 |
| 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"/> | <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 |
| 9) ¿Con cuántas mujeres eyaculó en el ano de ellas y no estaba utilizando un condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)? SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA: ¿Eyaculó usted en el ano de ella alguna vez que no estaba utilizando un condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)? | NO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 10) Usted usó su lengua para tocar o lamer el ano o trasero de ella. | 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 |
| 11) Usted usó su lengua para tocar o lamer los genitales de ella (vagina, clítoris). | 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 |

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

No → **PASE A LA PREG. 49**

Sí



47. 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 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 10 20 30 40 50 60 70 80 90
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Las siguientes preguntas tienen que ver con distintos tipos de actividades sexuales en las que algunos hombres participan con otros hombres.
SI NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES, PASE A LA PREG. 48.13.

48. 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 el condón dejó de funcionar correctamente)? SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: ¿Eyaculó usted en la boca de él mientras no estaba usando condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)? | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |

| | | |
|--|--|--|
| 4) Usted introdujo su pene en 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, 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) ¿Cuál 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 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 <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NEGA-TIVO POSI-TIVO NO SÉ / NO ESTOY SEGURO <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 el condón dejó de funcionar correctamente)? SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: 6a) ¿Eyaculó usted en el ano de él mientras no usaba condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)? | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 <input type="text"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |

48. 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><input type="text"/></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="text"/></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="text"/></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="text"/> | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | <input type="text"/> | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | <input type="text"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <input type="text"/> | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>8) Las veces en que un hombre introdujo su pene en la boca suya, ¿con cuántos hombres se 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, se 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><input type="text"/></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="text"/></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="text"/></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="text"/> | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | <input type="text"/> | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | <input type="text"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <input type="text"/> | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>9) ¿Cuántos hombres eyacularon en su boca y no estaba utilizando un condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: ¿Eyaculó él en su boca mientras no usaba condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p> | <p>NO SÍ <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> | <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></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="text"/></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="text"/></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="text"/> | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | <input type="text"/> | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | <input type="text"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <input type="text"/> | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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><input type="text"/></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="text"/></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="text"/></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="text"/> | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | <input type="text"/> | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | <input type="text"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <input type="text"/> | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>11b) Las veces que un hombre introdujo su pene en el ano de usted, ¿con cuántos hombres se 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, 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:</p> <p>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,</p> <p>11a.1) ¿Cuál era el estado para VIH de su compañero cuando él no usó condón?</p> | <p>NO SÍ <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>NO SÉ / NO ESTOY SEGURO 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 SÍ <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>NEGA-TIVO POSI-TIVO ESTOY SEGURO <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> | <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></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="text"/></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="text"/></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="text"/> | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | <input type="text"/> | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | <input type="text"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <input type="text"/> | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>12b) ¿Cuántos hombres eyacularon en el ano de usted y no utilizaron condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p> <p>12a) SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO: ¿Eyaculó él en su ano mientras no usaba condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p> | <p>NO SÍ <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> | <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></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="text"/></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="text"/></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="text"/> | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | <input type="text"/> | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | <input type="text"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <input type="text"/> | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Si el participante

Sólo ha tenido un hombre desde la última visita (47A + 47B = 1), o una mujer (44A + 44B = 1), pase a la preg. 48.14
 Ha tenido más de un compañero desde la última visita, pase a la preg. 48.15

48.14) Usted dijo que ha tenido (relaciones sexuales completas o actividad sexual) sólo con una persona [desde su última visita en (MES)]. ¿Cómo 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 48.19

48.15) Usted dijo que ha tenido relaciones sexuales completas con más de una persona [desde su última visita en (MES)]. Consideraría usted alguna de esas personas 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 48.19**
- Sí

48.16) ¿Es su compañero principal un hombre o una mujer?

- Hombre
- Mujer
- Otro

Especifique

48.17) ¿Ha tenido usted (relaciones sexuales anales/relaciones sexuales anales o vaginales) no protegidas con su compañero/a principal en los últimos 6 meses? [SI EL COMPAÑERO PRINCIPAL ES HOMBRE, LEA "RELACIONES SEXUALES ANALES." SI ES MUJER, LEA "RELACIONES SEXUALES ANALES O VAGINALES."]

- No → **PASE A LA PREGUNTA 48.19**
- Sí

48.18) ¿Cuál es el estado para VIH de su compañero/a principal?

- Negativo
- Positivo
- No sé

48.19) Muchos hombres conocen nuevos compañeros sexuales a través de diferentes fuentes y en diferentes sitios. Desde su última visita al MACS, ¿ha conocido usted a 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. 49 |
| 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 #

49. 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 visita en (MES)].

| | a | | b | | | |
|--|---|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| | ¿Ha tomado o usado esta droga [desde su última visita en (MES)]? (nombre de cada droga) | | ¿Con qué frecuencia (tomó/utilizó) (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 nitrito (amilo, butilo o nitritos 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"/> |
| Drogas para aumentar la realización sexual | <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

