

INSTRUCCIONES

- Rellene la totalidad del círculo con una marca negra
- Al borrar, no deje restos de la marca
- **NO** marque fuera del círculo designado
- **NO** doble este formulario



MARCA CORRECTA

MARCAS INCORRECTAS



NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

VISITA No.		
5	0	0
<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	
9	9	

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

FECHA		
MES	DÍA	AÑO
<input type="radio"/> Ene		
<input type="radio"/> Feb		
<input type="radio"/> Mar	0	0
<input type="radio"/> Abr	1	1
<input type="radio"/> May	2	2
<input type="radio"/> Jun	3	3
<input type="radio"/> Jul	4	4
<input type="radio"/> Ago	5	5
<input type="radio"/> Sep	6	6
<input type="radio"/> Oct	7	7
<input type="radio"/> Nov	8	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Dic	9	<input type="radio"/>

* 1. Vamos a empezar con unas condiciones médicas. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿fue diagnosticado con algún tipo de cáncer, que incluye sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkiniano, linfoma cerebral primario, o la enfermedad de Castleman?

- No → **PASE A LA PREG. 2**
- Sí

a SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿En qué parte del cuerpo tuvo el cáncer (la enfermedad de Castleman) y qué tipo de cáncer le dijeron que era?

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

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

b ¿En qué mes y año recibió el diagnóstico por primera vez desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

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 _____

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 _____

OBTENGA PERMISO MÉDICO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO



SERIAL #

* 2. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿fue diagnosticado con alguna enfermedad relacionada con el SIDA, aparte del sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkiniano o linfoma cerebral primario?

No → **PASE A LA PREG. 3**
 Sí
 ↓

a SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuál fue el diagnóstico?	b ¿En qué mes y año recibió el diagnóstico por primera vez desde su última visita [en (MES, AÑO)]?																																																																
1) Tipo <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 10px;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">9M</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">100</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">200</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">300</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">400</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">500</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">600</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">700</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">800</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">900</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">10</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">20</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">30</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">40</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">50</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">60</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">70</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">80</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">90</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">9</td></tr> </table>	0	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">E</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">F</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">J</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">J</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">S</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">O</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">N</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">D</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">99</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">00</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">01</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">02</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">03</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">04</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">05</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">06</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">07</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">08</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">09</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">10</td></tr> </table>	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
0	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M																																																								
0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																								
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																								
E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																						
99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10																																																						
2) Tipo <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 10px;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">9M</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">100</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">200</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">300</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">400</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">500</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">600</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">700</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">800</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">900</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">10</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">20</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">30</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">40</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">50</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">60</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">70</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">80</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">90</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">9</td></tr> </table>	0	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">E</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">F</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">J</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">J</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">S</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">O</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">N</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">D</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">99</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">00</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">01</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">02</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">03</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">04</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">05</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">06</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">07</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">08</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">09</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">10</td></tr> </table>	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
0	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M																																																								
0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																								
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																								
E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																						
99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10																																																						

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 _____

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 _____

* 3. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿fue diagnosticado con pulmonía?

No → **PASE A LA PREG. 4**
 Sí
 ↓

a

¿En qué mes y año desde su última visita [en (MES, AÑO)] se diagnosticó por primera vez?

E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

b

¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la afección?

Nombre del hospital, clínica o médico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Notas del clínico: Método de diagnóstico

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

* 4A. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿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?

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

C. ¿Fue positivo el resultado?

NO SÍ

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

PASE A LA PREG. 6

B. ¿Tenía la tuberculosis en sus pulmones?

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

OBTENGA PERMISO PARA REVISAR LOS EXPEDIENTES

* 6.A. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha sido ingresado al hospital por algún motivo? Incluya hospitalizaciones y procedimientos ambulatorios.

No → PASE A LA PREG. 7

Sí → ¿Cuántas veces (por separado) acudió al hospital como paciente desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

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

OBTENGA PERMISO PARA REVISAR LOS EXPEDIENTES, APUNTE EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL. SI FUE HOSPITALIZADO DEBIDO A UNA CONDICIÓN CARDIOVASCULAR, OBTENGA LOS EXPEDIENTES COMPLETOS DEL HOSPITAL. REPASE LAS DIRECTIVAS PARA INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS.

B. Dígame sobre (esa estadía en el hospital / el procedimiento que le hicieron como paciente ambulatorio / cada una de estas ocasiones) empezando por la estadía más reciente o el procedimiento más reciente como paciente ambulatorio.

(1) a. ¿En qué fecha fue su hospitalización más reciente?

MES		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
DÍA		0	10	20	30								
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
AÑO		99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

b. ¿Por cuántas noches estuvo hospitalizado en esa ocasión? SI ES PACIENTE EXTERNO: LLENE EL CERO

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

NOCHES

c. ¿Por qué enfermedad o problema fue hospitalizado y cuál es el nombre y la dirección del hospital? ANOTE TODOS LOS DETALLES EN LAS PALABRAS DEL ENTREVISTADO

<p>¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)? SI EXISTE RELACIÓN CON EL SIDA, MÁRQUELO SEGÚN CORRESPONDA EN LAS PREGUNTAS 1 a 3.</p> <p>Nombre del hospital, clínica o médico</p> <p>Dirección</p> <p>Ciudad Estado</p>	<p>1) Diagnóstico o procedimiento</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>V</td><td>E</td><td>P</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td><td>1M</td><td>2M</td><td>3M</td><td>4M</td><td>5M</td><td>6M</td><td>7M</td><td>8M</td><td>9M</td> <td colspan="4"></td> </tr> <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> <td colspan="4"></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> <td colspan="4"></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> <td colspan="4"></td> </tr> </table>		V	E	P													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				
		V	E	P																																																																									
	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																																																																			
	<p>2) Diagnóstico o procedimiento</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>V</td><td>E</td><td>P</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td><td>1M</td><td>2M</td><td>3M</td><td>4M</td><td>5M</td><td>6M</td><td>7M</td><td>8M</td><td>9M</td> <td colspan="4"></td> </tr> <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> <td colspan="4"></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> <td colspan="4"></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> <td colspan="4"></td> </tr> </table>		V	E	P													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				
	V	E	P																																																																										
	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																																																																			

SI SÓLO HUBO UNA HOSPITALIZACIÓN (VEA LA RESPUESTA A 6A), PASE A LA PREG. 7

SERIAL #

6.B.(2) a. ¿En qué fecha fue su visita anterior más reciente al hospital?

MES		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
DÍA		0	10	20	30	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
AÑO		99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		

b. ¿Por cuántas noches estuvo hospitalizado en esa ocasión? **SI ES PACIENTE EXTERNO: LLENE EL CERO**

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

NOCHES

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

ANOTE TODOS LOS DETALLES EN LAS PALABRAS DEL ENTREVISTADO

<p>¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)? SI EXISTE RELACIÓN CON EL SIDA, MÁRQUELO SEGÚN CORRESPONDA EN LAS PREGUNTAS 1 a 3.</p> <p>Nombre del hospital, clínica o médico</p> <p>Dirección</p> <p>Ciudad Estado</p>	1) Diagnóstico o procedimiento	<table border="1"> <tr><td></td><td>V</td><td>E</td><td>P</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1M</td><td>2M</td><td>3M</td><td>4M</td><td>5M</td><td>6M</td><td>7M</td><td>8M</td><td>9M</td></tr> <tr><td></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>		V	E	P		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
		V	E	P																																														
		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																																								
2) Diagnóstico o procedimiento	<table border="1"> <tr><td></td><td>V</td><td>E</td><td>P</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1M</td><td>2M</td><td>3M</td><td>4M</td><td>5M</td><td>6M</td><td>7M</td><td>8M</td><td>9M</td></tr> <tr><td></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>		V	E	P		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	
	V	E	P																																															
	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																																								

d. ¿Tuvo otra hospitalización anterior o procedimiento como paciente ambulatorio desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

No → **PASE A LA PREG. 7**
 Sí

SI HA TENIDO MÁS DE 2 ESTADÍAS EN EL HOSPITAL O PROCEDIMIENTOS COMO PACIENTE AMBULATORIO DESDE LA ÚLTIMA VISITA [EN (MES, AÑO)], MÁRQUELO AQUÍ Y UTILICE LA HOJA DE CONTINUACIÓN.

7. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha consultado usted a un profesional de salud mental o ha sido hospitalizado o ha recibido medicamentos bajo receta para recibir tratamiento por la depresión?

No
 Sí
 No sé

→ **SI ES ASÍ: ¿En qué mes y año fue la ocasión más reciente?**

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

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

Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿alguno de sus familiares más cercanos ha sido hospitalizado, ha recibido medicamentos bajo receta o consultado a un profesional de salud mental por la depresión?

No
 Sí
 No sé
 No se aplica (Para los participantes que no tienen familiares biológicos vivos o no los conocen porque son adoptados.)

→ **PASE A LA PREG. 9.A.(1)**

8.B. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿alguno de sus familiares más cercanos ha recibido un diagnóstico 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 antes de 55 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Insuficiencia cardíaca 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 recibido un diagnóstico de cáncer?

No Sí No Sé **PASE A LA PREG. 9.A.(1)**
PASE A LA PREG. 9.A.(1)

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"/>

Especifique:

* 9.A.(1) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿le han hecho una prueba de Papanicolaou anal? (Un médico u otro proveedor de servicios médicos coleccionó una muestra del canal anal, o en la parte interna del recto, para buscar células cancerosas.)

No **PASE A LA PREG. 9.B**
 Sí
 No sé **PASE A LA PREG. 9.B**

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

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

(3) ¿Fue anormal el resultado?

No **PASE A LA PREG. 9.B**
 Sí **OBTENGA PERMISO MÉDICO**
 No se puede evaluar/no lo sé **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

SERIAL #

9.B. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿le ha introducido un médico u otro proveedor de servicios médicos instrumento o sonda en forma de tubo en el ano o recto para buscar unas hemorroides, fisuras, infecciones y algún tipo de cáncer?

- No
- Sí
- No lo sé

*9.C.(1) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿le han hecho alguna biopsia del piel, ano, región anal u otro tejido y órgano? Por biopsia, entendemos la extracción de cualquier tejido o glándula para examinarlos bajo el microscopio.

- No
- Sí

REVISE LA RESPUESTA A LA PREG. 1. SI HUBO UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, PRESENTE EL TEMA Y VUELVA A PREGUNTAR. DE LO CONTRARIO, PASE A LA PREG. 10

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

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

VECES

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

a ¿En qué parte del cuerpo?	b ¿Cuál fue el diagnóstico o el resultado de la biopsia?	c ¿Cuál es el nombre del doctor que realizó la biopsia? ¿Dónde y cuándo se la hicieron?
<p>1) Especifique:</p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">20</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">30</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">40</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">50</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">60</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">70</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">80</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">90</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</div> </div>	<p>Especifique:</p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</div> </div>	<p>Nombre del médico</p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Nombre del hospital, centro o clínica</p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Ciudad Estado FECHA</p>
<p>2) Especifique:</p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">20</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">30</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">40</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">50</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">60</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">70</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">80</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">90</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</div> </div>	<p>Especifique:</p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</div> </div>	<p>Nombre del médico</p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Nombre del hospital, centro o clínica</p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Ciudad Estado FECHA</p>
<p>3) Especifique:</p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">20</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">30</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">40</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">50</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">60</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">70</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">80</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">90</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</div> </div>	<p>Especifique:</p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</div> </div>	<p>Nombre del médico</p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Nombre del hospital, centro o clínica</p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Ciudad Estado FECHA</p>

10. Vamos a preguntarle acerca de otras condiciones, achaques o enfermedades. ¿Fue diagnosticado desde su última visita [en (MES, AÑO)]? Esto incluye episodios nuevos o recaídas de las condiciones crónicas.

NO Sí

- A. Culebrilla NO Sí
- B. Muguet (levadura en la boca) NO Sí
- C. Sinusitis (una infección en los espacios paranasales que requiere antibióticos) NO Sí
- D. Bronquitis NO Sí
- E. Pancreatitis NO Sí
- F. Problemas no cancerosos con la próstata NO Sí
- G. La disfunción eréctil (problemas en la erección) NO Sí
- H. Presión sanguínea alta o hipertensión NO Sí
- I. Anemia, bajo recuento de glóbulos rojos, bajo nivel de hemoglobina NO Sí
- J. Colesterol alto, triglicéridos elevados, lípidos elevados o demasiada grasa en la sangre NO Sí
- K. Niveles elevados de azúcar en la sangre o diabetes NO Sí
- L. Artritis NO Sí
SI ES ASÍ, ¿qué tipo?: Reumática Artrosis o degenerativa Otro No sabe qué tipo
 (Lea y conteste cada una)

Especifique:

- *M. Angina, o dolor del pecho causado por el corazón NO Sí
- *N. Ataque al corazón o infarto de miocardio NO Sí
- *O. Insuficiencia cardíaca congestiva NO Sí
- *P. Derrame cerebral o accidente cerebro-vascular (ACV) NO Sí
- *Q. Mini-derrames cerebrales o ataques isquémicos transitorio (AIT) NO Sí
- *R. Latidos cardíacos demasiado rápidos, demasiado lentos o irregulares NO Sí
- *S. Vasos sanguíneos (arterias) obstruidos o cerrados NO Sí
SI DIJO "NO," PASE A U
- *T. Operación u otro procedimiento, tal como angioplastia, para abrir vasos sanguíneos obstruidos del corazón u otras partes del cuerpo NO Sí
- *U. Coágulo de sangre en las piernas NO Sí
- *V. Coágulo de sangre en los pulmones NO Sí
- *W. Ataque epiléptico o convulsiones NO Sí
- *X. Osteoporosis (reducción de la densidad ósea) NO Sí
- *Y. Necrosis avascular, osteonecrosis, o debilitación o degradación de los huesos, especialmente de las caderas o las rodillas, no debido a artritis NO Sí
- *Z. Enfermedad/Fallo de los riñones NO Sí

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

Nombre del hospital/clínica/o doctor

Dirección

Ciudad Estado

DX Fecha del diagnóstico

PASE A LA PÁGINA 20 PARA RECORDAR NOMBRES/ DIRECCIONES DE MÉDICOS ADICIONALES.

* AA. Enfermedad hepática/del hígado NO Sí

SI ES ASÍ, ¿qué tipo?:

Prueba de función hepática elevada/enzima NO Sí

OBTENGA PERMISO MÉDICO SI DIJO OTRO O NO SÉ

Otro

Especifique:

No sabe qué tipo NO Sí

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

Nombre del hospital/clínica/o doctor

Dirección

Ciudad Estado

DX Fecha del diagnóstico

* BB. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿alguna vez se ha sometido a una evaluación neurológica o a un examen físico para detectar problemas del sistema nervioso (el cerebro, la columna vertebral, los nervios del pie o de la mano)? NO Sí

OBTENGA PERMISO MÉDICO

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

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

Nombre del hospital/clínica/o doctor

Dirección

Ciudad Estado

DX Fecha del diagnóstico

PASE A LA PÁGINA 20 PARA RECORDAR NOMBRES/ DIRECCIONES DE MÉDICOS ADICIONALES.

OBTENGA PERMISO MÉDICO SI APARECE EN NEGRO

CC. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha acudido a un médico u otro proveedor de servicios médicos para consultarle acerca de alguna **OTRA** condición **NUEVA** o problema relacionado con las siguientes regiones?

a) La vista NO Sí
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico?

Especifique:

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

b) Oídos, nariz, garganta, boca y senos nasales NO Sí
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico?

Especifique:

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

c) Corazón y vasos sanguíneos NO Sí
OBTENGA PERMISO MÉDICO

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

Especifique:

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

d) Pulmones y tubos bronquiales NO Sí
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico?

Especifique:

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

e) El estómago o los intestinos NO Sí
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico?

Especifique:

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

f) Los huesos, las articulaciones o los músculos NO Sí
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico?

Especifique:

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

g) Genital, urinario y rectal NO Sí
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico?

Especifique:

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

h) La piel NO Sí
SI ES ASÍ: ¿Le diagnosticaron algo?
 ¿Cuál fue el diagnóstico?

Especifique:

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

i) El sistema nervioso NO Sí
OBTENGA PERMISO MÉDICO

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

Especifique:

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

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

Especifique:

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

k) Las hormonas o Sistema Endocrinal

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

NO SÍ

PASE A I

Especifique:

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

l) La sangre

OBTENGA PERMISO MÉDICO

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

NO SÍ

PASE A m

Especifique:

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

m) Las alergias o el sistema inmunológico aparte del VIH

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

NO SÍ

PASE A n

Especifique:

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

n) Otro

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

NO SÍ

PASE A LA PREG. 11.A

1.

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

2.

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

¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que diagnosticó la(s) afección(es)?

Nombre del hospital, clínica o médico

Dirección

Ciudad

Estado

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

NO SÍ

- 1) Herpes facial, fuegos/boqueras, o ampollas por fiebre NO SÍ
- 2) Llagas en la región genital NO SÍ
- 3) Llagas en las zonas del ano o el recto NO SÍ
- 4) Llagas en alguna otra parte del cuerpo NO SÍ

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

B. ¿Ocurrió el primer ataque de herpes desde su última visita [en (MES, AÑO)]? NO SÍ

C. ¿Ha habido algún período desde su última visita [en (MES, AÑO)] durante el cual las llagas (de herpes) parecieron haberse presentado con mayor frecuencia, empeoraron o duraron más de lo normal? NO SÍ

12. ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o afecciones desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (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 #

13.A. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas o síntomas? Incluye aquellos debido a enfermedades o efectos secundarios debido a los medicamentos.

PROBLEMA O SÍNTOMA POR CADA SÍ EN a, PREGUNTE b, c, d, e, y f.	a TUVO (CADA UNO) Ocurrió eso desde su última visita [en (MES, Año)]?		b ¿Duró 2 semanas o más?		c ¿Tiene este problema actualmente?		d ¿Experimentó Ud. este síntoma debido a tomar algún medicamento?			e ¿Es esto un nuevo problema? (SI LA RESPUESTA ES SÍ, SIGA A LA COLUMNA F)		f ¿En qué mes y año desde su última visita [en (MES, AÑO)] 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	NO SÉ	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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10											

13.A. Continuación

PROBLEMA O SÍNTOMA POR CADA SÍ EN a , PREGUNTE b , c , d , e , y f .	a		b		c		d			e		f
	TUVO (CADA UNO) Ocurrió eso desde su última visita [en (MES, AÑO)]?		¿Duró 2 semanas o más?		¿Tiene este problema actualmente?		¿Experimentó Ud. este síntoma debido a tomar algún medicamento?			¿Es esto un nuevo problema? (SI LA RESPUESTA ES SÍ, SIGA A LA COLUMNA F)		¿En qué mes y año desde su última visita [en (MES, AÑO)] 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	NO SÉ	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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E F M A M J J A S O N D 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

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

Si dijo NO, pase a la siguiente pregunta.

Si dijo SÍ, indique la gravedad.

NO SÍ

Gravedad

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

¿Experimentó este síntoma debido a tomar algún medicamento?

NO SÍ NO SÉ

1. ¿Dolor, o ardor en los pies o las piernas?



Derecha
Izquierda

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
Izquierda

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
Izquierda

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si el participante le cuenta pérdida de sangre con dolor (Q13.C(2) = Sí), informe a su coordinador(a) de clínica inmediatamente después de la entrevista.

13.C.(1) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿experimentó pérdida de sangre anal en algún momento?

(Si el participante le pregunta el porqué: “La información que recogemos sobre síntomas ayudará a investigadores aprender la manera en que síntomas están relacionados con el riesgo de contraer ciertas enfermedades o dolencias. Entender esta relación ayudará a médicos y enfermeras a detectar y diagnosticar mejor las enfermedades.”)

No → PASE A LA PREG. 14
 Sí

13.C.(2) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha experimentado algo de dolor con la pérdida de sangre anal?

No → PASE A LA PREG. 13.C.(4)
 Sí

13.C.(3) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿con qué frecuencia ha experimentado dolor con la pérdida de sangre anal?

- Raras veces
- Algunas veces
- La mayoría de las veces
- Todas las veces

13.C.(4) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha ocurrido la pérdida de sangre en alguna de las siguientes situaciones?

[LEA CADA UNO]

	NO	SÍ
a) Después de o durante relaciones sexuales anales receptivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Después de o durante una evacuación intestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Otras veces no relacionadas con relaciones sexuales o evacuaciones intestinales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SI NO HAY PÉRDIDA DE SANGRE EN OTRAS VECES (13.C.(4)c = NO), PASE A LA PREG. 14.

13.C.(5) Con respecto a *las otras veces* (que ha tenido pérdida de sangre anal), ¿con qué frecuencia ha experimentado pérdida de sangre desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Menos de una vez al mes

*** 14. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿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 RESPUESTAS 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, AÑO)], ¿algún doctor u otro proveedor de cuidados médicos le hizo un análisis sanguíneo para determinar si usted tiene virus VIH resistente a ciertas drogas? Refiero a los tipos de pruebas de resistencia a los medicamentos contra el VIH, que se llaman fenotipo o genotipo.

- No → **PASE A LA PREG. 15.B.(1) SI ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS PARA EL VIH DESDE SU ÚLTIMA VISITA**
- Sí → **PASE A LA PREG. 16 SI NO ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS PARA EL VIH DESDE SU ÚLTIMA VISITA**

(2) ¿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, AÑO)], ¿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.



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

- sulfato de abacavir (Ziagen) (218)
- atazanavirina (Reyataz) (243)
- Atripla (efavirenza + emtricitabine + tenofovirina) (262)
- Combivir (zidovudina & lamivudina) (227)
- d4T (Zerit, stavudina) (159)
- mesilato de delavirdina (Rescriptor) (194)
- didaioxosina (Videx) (147)
- efavirenza (Sustiva) (220)
- emtricitabine (Emtriva, FTC) (239)
- enfuvirtide (Fuzeon, T-20, pentafuside) (233)
- Epzicom (abacavir + lamivudina) (254)
- fosamprenavir (Lexiva) (249)
- indinavir (Crixivan) (212)
- lamivudina (EpiVir, 3TC) (204)
- lopinavir/ritonavir (Kaletra, LPV) (217)
- mesilato de nelfinavir (Viracept) (216)
- nevirapina (Viramune) (191)
- ritonavir (Norvir) (211)
- saquinavir (Invirase, Fortovase) (210)
- tenofovirina (Viread) (234)
- tipranavir (Aptivus, TPV) (238)
- Trizivirina (abacavir + lamivudina + zidovudina) (240)
- Truvada (emtricitabine + tenofovirina) (253)
- zidovudina (Retrovir, AZT) (092)
- Otra droga antirretroviral 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, AÑO)], ¿dejó de tomar por lo menos 2 días seguidos todos los medicamentos recetados de su tratamiento antirretroviral?

- No → **PASE A LA PREG. 15.C**
- Sí

SI DIJO SÍ: ¿Cuántas veces sucedió esto?

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

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

- No
- Sí

¿Durante cuántos días dejó de tomarlo la última vez?

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

SERIAL #

* 15.C. (1) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿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.

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

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, AÑO)], ¿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

Entrevistador(a): Esta pregunta aplica a medicamentos que no están en la lista del Formulario 2 de medicamentos. No debe rellenar un Formulario 2 de medicamentos para estos medicamentos.

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

1.	2.	3.																																																																																																			
<table border="1"><tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table border="1"><tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table border="1"><tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																																																											
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																																																											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																																											
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																																																											
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																																																											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																																											
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																																																											
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																																																											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																																											
4.	5.	6.																																																																																																			
<table border="1"><tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table border="1"><tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table border="1"><tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																																																											
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																																																											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																																											
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																																																											
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																																																											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																																											
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																																																																											
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																																																											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																																											

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, AÑO)].

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, AÑO)]?	b ¿Cuál fue 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			
1) Esteroides por vía oral o intravena	NO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	NO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>
2) Hormona o medicamento para la tiroides	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
3) Otras hormonas tales como esteroides anabólicos	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
4) Antibióticos tales como penicilina, tetraciclina, eritromicina, o sulfa	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<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="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
6) Medicamento por vía oral para lombrices o parásitos	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
7) Tranquilizantes o píldoras para dormir	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
8) Antidepresivos o estimulantes del ánimo	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
9) Litio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
10) Aciclovir, famciclovir, zovirax, famvir, valtrex o valaciclovir para herpes SI DIJO SÍ, tomó 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="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
11) Viagra, Cialis, Levitra u otros medicamentos que fueron recetados por un proveedor de servicios médicos para tratar la disfunción eréctil.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre: <input type="text"/>	<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="text"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

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, AÑO)]?	b ¿Cuál fue el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó?	c ¿Ha tomado alguno en los últimos cinco días (ASPIRINA: en la última semana)?																																												
13) Medicamentos para reducir el colesterol, los triglicéridos, lípidos o la grasa en la sangre	a. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.14	Nombre: <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																						
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																						
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																						
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																						
	b. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA PREG. 16.14	Nombre: <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																						
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																						
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																						
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																						
	c. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA PREG. 16.14	Nombre: <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																						
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																						
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																						
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																						
14) Medicamentos para tratar la hipertensión	a. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA PREG. 16.15	Nombre: <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																						
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																						
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																						
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																						
	b. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA PREG. 16.15	Nombre: <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																						
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																						
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																						
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																						
	c. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA PREG. 16.15	Nombre: <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																						
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																						
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																						
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																						
	d. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA PREG. 16.15	Nombre: <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																						
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																						
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																						
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																						
	e. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000	<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PASE A LA PREG. 16.15	Nombre: <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																						
<input type="checkbox"/>	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																						
<input type="checkbox"/>	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																						
<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																						

16. 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, AÑO)]?	b ¿Cuál fue el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó?	c ¿Ha tomado alguno en los últimos cinco días (ASPIRINA: en la última semana)?																																	
15) Medicamentos para tratar diabetes	a. <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	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.16	Nombre:	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"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.16	Nombre:	<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"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.16	Nombre:	<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 tratar la hepatitis	a. <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	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.17	Nombre:	<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"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 16.17	Nombre:	<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																											

PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN "NO" A OTROS MEDICAMENTOS (17a). SI DIJO "NO" A a, PASE A LA PREG. 17.A.

a ¿Ha tomado o usado algún otro medicamento desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Cuál fue el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó?	c ¿Para qué tomó este medicamento?	d ¿Ha tomado alguno en los últimos cinco días?																																												
17) Otro a. NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <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>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	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Usado para:	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	100	200	300	400	500	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. NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <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>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	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Usado para:	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	100	200	300	400	500	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. NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 17.A	Nombre: <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>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	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Usado para:	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					

16. Continuación

PREGUNTE SOBRE CADA UNO HASTA QUE LE DIGAN "NO" A OTROS MEDICAMENTOS (17a).
SI DIJO "NO" A a, PASE A LA PREG. 17.A.

a ¿Ha tomado o usado algún otro medicamento desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Cuál fue el nombre del (TIPO DE MEDICAMENTO) que tomó?	c ¿Para qué tomó este medicamento?	d ¿Ha tomado alguno en los últimos cinco días?																																												
<p>17) Otro</p> <p>d. NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <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	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>e. NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <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	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>f. NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <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	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>g. NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <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	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>h. NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <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	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>i. NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <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	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>j. NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <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	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																																					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																					
<p>k. NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>PASE A LA PREG. 17.A</p>	<p>Nombre:</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>1000</td><td>2000</td><td>3000</td><td>4000</td><td>5000</td><td>6000</td><td>7000</td><td>8000</td><td>9000</td></tr> <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	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<p>Usado para:</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
	0	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000																																					
	0	100	200	300	400	500	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 #

17.A. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿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 [en (MES, AÑO)], ¿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.B**

Sí – ¿ha tenido? NO SÍ

1) Seguro por un “HMO”

2) Seguro privado a través de un grupo (Blue Cross, CIGNA, etc.) (no como un “HMO”)

3) Seguro individual privado (Blue Cross, CIGNA, etc.) (no como un “HMO”)

4) Medicaid, Medi-Cal, o Asistencia Médica

5) Medicare (para personas mayores de 65 años o con una incapacidad permanente)

6) Beneficios de salud para las Fuerzas Armadas o la Administración de Veteranos

7) Seguro médico CHAMPUS o CHAMP-VA, para familiares a cargo de personal militar o familiares de veteranos incapacitados

8) Otro

Especifique:

NO SÍ

18.B. ¿Cubre su seguro todo o parte del costo de sus medicinas?

18.C. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha recibido asistencia de ADAP (Programa de asistencia que provee medicamentos para el SIDA)? NO SÍ

SI LA RESPUESTA ES NO A LA PREG. 18.A Y NO A LA PREG. 18.B, PASE A LA PREG. 22

19. ¿Tiene seguro ahora?

No
 Sí

20. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha perdido su seguro o le ha sido negado su seguro médico debido a la mala salud?

- No → **PASE A LA PREG. 22**
 Sí
 NO está infectado con VIH → **PASE A LA PREG. 22**

21. ¿Cuál fue la condición que le causó perder o ser negado el seguro médico?

- La infección VIH
 Otra

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

- No
 Sí

23. ¿Dónde acude normalmente para recibir atención médica, incluso si no ha recibido atención médica desde su última visita [en (MES, AÑO)]? [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

 No acude a un proveedor de servicios médicos regular
 No sabe

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

SERVICIO	a ¿Ha utilizado alguno (diga cada opción) desde su última visita [en (MES, AÑO)]?	b ¿Cuántas veces? (99 = 99 ó más)
1) HMO	NO <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2) Consultorio médico o una clínica especializada (que no sea de un HMO) incluyendo clínica de urgencias	NO <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3) Cualquier otra clínica	NO <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4) Sala de urgencias	NO <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5) Otro servicio como paciente ambulatorio (Especifique a continuación)	NO <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA SÍ <input type="radio"/> PREG. 25	<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 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Especifique:

SERIAL #

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

SERVICIO	a ¿Ha utilizado alguno de éstos desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (diga cada opción)	b ¿Cuántas veces? (99 = 99 ó más)																						
1) Proveedor de servicios de salud dental (por ejemplo, un dentista o higienista dental)	<input type="radio"/> NO PASE A LA SIGUIENTE HILERA <input type="radio"/> sí	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table>		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9														
2) Proveedor de servicios de salud mental (psicólogo, psiquiatra, trabajador social, otro terapeuta o consejero)	<input type="radio"/> NO PASE A LA SIGUIENTE HILERA <input type="radio"/> sí	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table>		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9														
3) Otro proveedor de cuidados de salud (quiropráctico, nutricionista, acupunturista, herbalista, masoterapeuta, dietista)	<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, AÑO)]. [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, AÑO)] 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 (MES, AÑO)] 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 (MES, AÑO)] 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
- Se negó la sección de conducta

32. ¿Fue entrevista telefónica?

- No
- Sí

33. ¿Fue visita a casa?

- No
- Sí

34.

Entrevista abreviada

- No
- Sí

35.

Fecha en que se terminó la entrevista

HORA EN QUE TERMINÓ			
HORA	MIN		
0	0	0	0
10	1	10	1
2	20	2	
3	30	3	
4	40	4	
5	50	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	

AM

PM

36.

Firma del entrevistador

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

IDENTIFICACIÓN DE CLÍNICA

- BA Moore clinic
- BA Whitman Walker
- CH Howard Brown
- CH Northwestern
- CH CORE
- PI
- LA Wilshire
- LA LAGLC
- LA Harbor

EMPIEZA AQUÍ ACASI.

37. En la actualidad, ¿Cuál 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, AÑO)]?

- Menor
- La misma
- Mayor

39. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿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 pensando en los últimos seis meses.

A. ¿Qué 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 está 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 ha necesitado empezar el día con una bebida alcohólica 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 no se ha podido acordar de lo que pasó la noche anterior porque 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 vista [en (MES, AÑO)], ¿ha estado en un programa para el tratamiento del alcoholismo, incluyendo programas de desintoxicación que requerían o no requerían que lo internaran, Alcohólicos Anónimos y/o cualquier otro programa similar a éstos?

- 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 última visita [en (MES, AÑO)]?

- No → **PASE A LA PREG. 49**
 Sí

43. ¿Ha participado en alguna actividad sexual con una mujer desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

- No → **PASE A LA PREG. 46**
 Sí

PASE A LA PREGUNTA 44 EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

SERIAL #

44. Ahora vamos a hablar de las distintas mujeres con quienes ha participado en actividades sexuales desde su última visita [en (MES, AÑO)].

A. ¿Con cuántas mujeres distintas (si hubo alguna) ha tenido relaciones sexuales desde su última visita [en (MES, AÑO)]? 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 penetración (o coito) desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

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

SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA (44.A + 44.B = 1),
PASE A 44.C.1

SI HA TENIDO MÁS DE UNA COMPAÑERA (44.A + 44.B ≥ 2),
PASE A 44.C.2

C.1 Usted dijo que ha tenido relaciones sexuales con penetración o actividad sexual sólo con una mujer desde su última visita [en (MES, AÑO)]. ¿Cómo describiría a esta mujer?

- Compañera principal o alguien con quien usted tiene una relación duradera, convive o quien es su pareja. → **PASE A 44.D**
- Compañera casual, compañera de una ocasión, o alguien con quien usted no ha establecido una relación cercana y duradera → **PASE A 45.1a**

C.2 Usted dijo que ha tenido relaciones sexuales con penetración o actividad sexual con más de una mujer desde su última visita [en (MES, AÑO)]. Una compañera principal se define como una compañera con quien tiene una relación duradera, convive, o quien es su pareja. ¿Consideraría a una de estas mujeres como su compañera principal?

- No → **PASE A 45.1b**
- Sí → **PASE A 44.D**

D. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales vaginales o anales no protegidas con su compañera principal desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

- No Sí

E. ¿Cuál es el estado de VIH de su compañera principal?

- Negativo Positivo No sé

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 [en (MES, AÑO)]?	b ¿Con cuántas mujeres participó en esta actividad desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar lo mejor que pueda)																																	
<p>1) Usted introdujo su pene en la boca de ella (sexo oral). SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (4).</p>	<p>NO SÍ <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									
<p>2) SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó condón cada vez que tuvo sexo oral, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA: ¿Usó un condón cada vez que participó en sexo oral, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p>	<p>NO SÍ <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									
<p>3) SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: ¿A cuántas mujeres les eyaculó, en la boca cuando no estaba utilizando condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p> <p>SI HA TENIDO SÓLO UNA COMPAÑERA: ¿Eyaculó usted en la boca de ella alguna vez que no estaba utilizando un condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p>	<p>NO SÍ <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									
<p>4) Usted introdujo su pene en la vagina de ella (sexo vaginal). SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NUMERO (7).</p>	<p>NO SÍ <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									
<p>5) SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó un condón cada vez para sexo vaginal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>SI HA TENIDO SÓLO UNA COMPAÑERA: ¿Utilizó condón cada vez que tuvo sexo vaginal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p>	<p>NO SÍ <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									
<p>6) SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: ¿A cuántas mujeres les eyaculó dentro de la vagina cuando no estaba utilizando condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p> <p>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)?</p>	<p>NO SÍ <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									
<p>7) Usted introdujo su pene en el ano de ella (sexo anal). SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NUMERO (10).</p>	<p>NO SÍ <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td> </td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									

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 [en (MES, AÑO)]?	b ¿Con cuántas mujeres participó en esta actividad desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar lo mejor que pueda)																																	
<p>SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: 8) ¿Con cuántas de esas mujeres utilizó un condón <u>cada</u> vez que participó en sexo anal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA: ¿Utilizó usted un condón <u>cada</u> vez que participó en sexo anal, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									
<p>SI HA TENIDO VARIAS COMPAÑERAS: 9) ¿A cuántas mujeres les eyaculó dentro del ano cuando no estaba utilizando condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UNA COMPAÑERA: ¿Alguna vez eyaculó dentro del ano de ella cuando no estaba utilizando condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									
<p>10) Usted usó su lengua para tocar o lamer el ano o trasero de ella.</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									
<p>11) Usted usó su lengua para tocar o lamer los genitales de ella (vagina, clítoris).</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									
<p>12) Usted participó en besos profundos y mojados (alguno de ustedes puso su lengua en la boca del otro).</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									

46. ¿Ha participado usted en algún tipo de actividad sexual con un hombre desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

No Sí

→ **PASE A LA PREG. 48.18**

↓

47. Hablemos ahora de los distintos hombres con quienes ha participado en actividades sexuales desde su última visita [en (MES, AÑO)].

A. ¿Con cuántos hombres distintos (si ha habido alguno) ha tenido relaciones sexuales desde su última visita [en (MES, AÑO)]? Aquí definimos la relación sexual de la siguiente manera: usted introdujo su pene en la boca o ano de su compañero o su compañero introdujo su pene en su boca o ano, con o sin eyaculación.

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

B. ¿Con cuántos (otros) hombres ha tenido actividades sexuales que no incluyeron penetración desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

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

SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO (47.A + 47.B = 1),
PASE A 47.C.1

SI HA TENIDO MÁS DE UN COMPAÑERO (47.A + 47.B ≥ 2),
PASE A 47.C.2

47. Continuación

C.1 Usted dijo que ha tenido relaciones sexuales con penetración o actividad sexual sólo con un hombre desde su última visita [en (MES, AÑO)]. ¿Cómo describiría a este hombre?

Compañera principal o alguien con quien usted tiene una relación duradera, convive o quien es su pareja. → **PASE A 47.D**

Compañero casual, compañero de una ocasión, o alguien con quien usted no ha establecido una relación cercana y duradera → **PASE A 48.1a**

C.2 Usted dijo que ha tenido relaciones sexuales con penetración o actividad sexual con más de un hombre desde su última visita [en (MES, AÑO)]. Un compañero principal se define como un compañero con quien tiene una relación duradera, convive, o quien es su pareja. ¿Consideraría a uno de estos hombres como su compañero principal?

No → **PASE A 48.1b**

Sí → **PASE A 47.D**

D. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales anales no protegidas con su compañero principal desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

No Sí

E. Cuál es el estado de VIH de su compañero principal?

Negativo Positivo No sé

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 [en (MES, AÑO)]?	b ¿Con cuántos hombres lo hizo desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar la cantidad lo mejor que pueda)																																	
1) Usted introdujo su pene en la boca de él. SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (4).	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>		0	100	200	300	400	500	600	700	800	900		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900																									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																									
2) Cuando introdujo el pene en la boca de otros hombres, ¿con cuántos de ellos utilizó condón cada vez, 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 cada vez, 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) ¿A cuántos hombres les eyaculó dentro de la boca de ellos cuando no estaba utilizando 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"/>	<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																									

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 [en (MES, AÑO)]?	b ¿Con cuántos hombres lo hizo desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar la cantidad lo mejor que pueda)																																	
<p>4) Usted introdujo su pene en el ano de él. SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (7).</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td><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>SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS:</p> <p>5b) Cuando introdujo su pene en el ano de otros hombres, ¿con cuántos de ellos utilizó un condón cada vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>Si ha tenido sexo anal sin protección (Preg. 5b < Preg. 4) lea: De los hombres con quienes no utilizó 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 de VIH de alguno de esos hombres?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO:</p> <p>5a) Cuando introdujo su pene en el ano de él, ¿utilizó condón cada vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>SI 5a = NO, 5a.1) ¿Cuál era el estado de VIH de su compañero cuando usted no usó condón?</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>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"/></p> <p>5b.3) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>NO SÉ / NO ESTOY SEGURO 5a.1) 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>SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS:</p> <p>6b) ¿A cuántos hombres les eyaculó dentro del ano de ellos cuando no estaba utilizando condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO:</p> <p>6a) ¿Eyaculó usted en el ano de él 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>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>SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS:</p> <p>8) Las veces en que un hombre le introdujo su pene en la boca, ¿con cuántos de esos hombres utilizó condón cada vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO:</p> <p>Las veces en que él introdujo su pene en la boca, utilizó condón cada vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p>	<p>NO Sí <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tr><td><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>SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS:</p> <p>9) ¿Cuántos hombres eyacularon en su boca mientras no estaba utilizando condón (o el condón dejó de funcionar correctamente)?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO:</p> <p>¿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																									

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 [en (MES, AÑO)]?	b ¿Con cuántos hombres lo hizo desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (Dígame la cantidad exacta) (SI ES NECESARIO: Trate de recordar la cantidad lo mejor que pueda)																																	
10) Él introdujo su pene en el ano de usted. SI NINGUNO CORRESPONDE, PASE AL NÚMERO (13).	NO <input type="radio"/> SÍ <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																									
<p>SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS:</p> <p>11b) Las veces en que un hombre le introdujo su pene en el ano, ¿con cuántos de esos hombres se utilizó un condón cada 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 de VIH de alguno de esos hombres?</p> <p>SI SÓLO HA TENIDO UN COMPAÑERO:</p> <p>11a) Las veces en que él introdujo su pene en el ano de usted, ¿utilizó un condón cada vez, aunque el condón se haya roto, rasgado o deslizado?</p> <p>SI 11a = NO, 11a.1) ¿Cuál era el estado de VIH de su compañero cuando él no usó condón?</p>	<p>NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/></p> <p>NO SÉ / NO ESTOY SEGURO</p> <p>11b.1) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>11b.2) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>11b.3) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/></p> <p>NO SÉ / NO ESTOY SEGURO</p> <p>NEGA-TIVO <input type="radio"/> POSI-TIVO <input type="radio"/> ESTOY SEGURO <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>SI HA TENIDO VARIOS COMPAÑEROS:</p> <p>12b) ¿Cuántos hombres le eyacularon en el ano de usted mientras no utilizaban 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 <input type="radio"/> SÍ <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																									
13) Usted usó su lengua para tocar o lamer el ano de él.	NO <input type="radio"/> SÍ <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																									
14) Usted participó en besos profundos y mojados (alguno de ustedes puso su lengua en la boca del otro).	NO <input type="radio"/> SÍ <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																									

48.18) ¿Ha conocido compañeros nuevos para participar en algún tipo de actividad sexual desde su última visita [en (MES, AÑO)]?

- No → **PASE A LA PREG. 49**
 Sí

48.19) Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha conocido usted a uno o más compañeros sexuales nuevos (hombres y mujeres) en alguno de los siguientes escenarios?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| a) En Internet | NO <input type="radio"/> | SÍ <input type="radio"/> | f) En un parque u otro espacio público abierto | NO <input type="radio"/> | SÍ <input type="radio"/> |
| b) En una fiesta (incluyendo una fiesta privada) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | g) En un baño, librería u otro espacio público interior | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) A través de un anuncio en periódicos o publicaciones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | h) En un sitio donde hay uso o intercambio de drogas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) En un bar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | i) En otro sitio no listado antes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) En saunas o casas de masajes | <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 última visita [en (MES, AÑO)].

	a ¿Ha tomado o usado esta droga desde su última visita [en (MES, AÑO)]? (nombre de cada droga)	b ¿Con qué frecuencia (tomó/utilizó) (nombre de la droga) desde su última visita [en (MES, AÑO)]?				c ¿Como (tomó/utilizó) (DROGA) usted desde su última visita [en (MES, AÑO)]? [MARQUE TODAS QUE SEAN VÁLIDAS.]				
		DIARIA- MENTE	SEMANAL- MENTE	MENSUAL- MENTE	CON MENOR FRECUENCIA	RESPIRANDO O INHALANDO	TRAGANDO	PONIENDO EN EL AÑO ("BOOTY BUMPED")	FUMANDO	INYECTANDO (USO INTRAVENOSO)
Hierba, marihuana o hachís	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<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"/>
"Estimulantes" ("poppers") como inhalantes de nitrito (amilo, butilo o nitritos de isopropilo)	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<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"/>
Crack o cocaína que se fuma	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<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"/>
Otras formas de cocaína	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<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"/>
Speed, Metanfetaminas o Ice	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<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"/>
Heroína	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<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"/>
Speedball o chute (heroína y cocaína juntas)	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<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"/>
Éxtasis, Tachas, XTC, X o MDMA	<input type="radio"/> <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<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"/>
Drogas para incrementar o mejorar su potencia sexual, fuera de los que fueron recetadas por un proveedor de servicios médicos para tratar una disfunción eréctil diagnosticada (Enseñe la lista de drogas para incrementar o mejorar su potencia sexual para apremiar y ayudar con el recuerdo.)	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA SIGUIENTE HILERA	<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"/>
Otros tipos de drogas callejeras o de las discotecas	NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> PASE A LA PREG. 50					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique:	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique:	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique:	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique:	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique:	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique:	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SI NO SE HA INYECTADO DROGAS (49.c inyectando=no),
PASE A LA PREG. 56.**

50. A. Usted dijo que se ha inyectado con drogas recreativas (bajo la piel, inyectadas con una jeringa) desde su última visita [en (MES, AÑO)]. ¿Alguna de las veces en que se inyectó con drogas recreativas, lo hizo en un sitio de consumo colectivo?

- No
 Sí

B. En la actualidad, ¿se inyecta drogas?

- No
 Sí

C. Al pensar en el período en el que se inyectó más veces, ¿cuántas veces por mes se inyectaba [nombre de la droga]?

Speedball o chute (cocaína y heroína juntas)

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

Cocaína sola

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

Heroína sola

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

Speed o Acelerador solo

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

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

- No → **PASE A LA PREG. 53**
 Sí

52. A. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿cuántas veces ha utilizado jeringas o instrumentos que otra persona usó primero y luego le pasó a usted?

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

B. ¿Con cuántas personas distintas?

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

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

- No → **PASE A LA PREG. 54**
 Sí

B. ¿Cuántas veces?

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

C. ¿Con cuántas personas distintas?

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

54. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿con qué frecuencia limpió sus instrumentos con cloro?

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

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

- No → **PASE A LA PREG. 56**
 Sí

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

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

C. ¿Tiene otros medios para obtener jeringas limpias?

- No
 Sí

56. Desde su última visita [en (MES, AÑO)], ¿ha participado en un programa de tratamiento contra la adicción a las drogas, incluyendo programas de desintoxicación internos o externos, programas de mantenimiento a base de metadona, centro de reinserción, narcóticos anónimos, prisión o programas ejecutados en las cárceles o algún otro programa?

- No
 Sí

Instrucciones:

Agradezca al participante.

Record time ended on page 23.

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

