

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino  Transexual

Fecha: \_\_\_\_\_

## Evaluación de Riesgos en la Salud Sexual

Las enfermedades de transmisión sexual aumentan el SIDA en el cuerpo y facilitan el contagio a otra persona. El licor y las drogas pueden dañar el sistema inmunológico, minimizar el efecto de las medicinas para controlar el SIDA y aumentar los efectos secundarios. Para ayudar a su doctor que le ayude a mantenerse saludable y evitar contagiarse de SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual, por favor conteste las siguientes preguntas honestamente. Sus repuestas son estrictamente confidenciales.

### 1. Describa el tipo de relación:

a. Relación monogámica (solamente tiene sexo con una persona):  Sí  No

Describe a su pareja:  Hombre  Mujer  Transexual

¿Usted tiene alguna duda que su pareja tenga sexo con otras personas?  Sí  No

¿Tiene problemas con su pareja porque no quiere usar el condón?  Sí  No

b. Ha tenido sexo con mas de una persona en los últimos 3 meses:  Sí  No

¿Con cuantas personas ha tenido sexo en los últimos tres meses?  Hombre;  Mujer  Transexual

c. Ha tenido alguna relación o sexo en los tres meses:  Sí  No

### 2. ¿Ha tenido alguno de estos síntomas en los últimos tres meses?      Sí      No

- |    |                               |                       |                       |
|----|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. | Flujo vaginal / pené          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. | Ardor al orinar               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. | Llagas en los genitales       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. | Flujo o dolor en el ano       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. | Moco o sangre al defecar      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. | Llagas o dolor en la garganta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. | Problemas en la piel          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. ¿Ha sido diagnosticado con una enfermedad de trasmisión sexual en los tres meses?  Sí  No

a. ¿Si así fue, completo el tratamiento?  Sí  No

**\*SINO HA TENIDO SEXO EN LOS ULTIMOS 3 MESES NO CONTESTES LAS PREGUNTAS 4,5 Y 6. CONTINUE CON LA 7\***

4. ¿En los últimos tres meses ha dado o recibido sexo oral sin un condón o una protección bucal?  Sí  No

5. ¿En los últimos tres meses ha tenido penetración sin el uso del condón?  Sí  No

6. ¿Cual es el diagnostico de SIDA de su pareja(s) (marque la repuesta apropiada)?  Positivo  Negativo  Dudoso

7\*. ¿En los últimos tres meses a usado drogas callejeras sin el uso de agujas (marihuana, anfetaminas, cocaína, cristal, etc.)  Sí  No

8. ¿En los últimos tres meses el licor o las drogas lo ha impulsado ha actividades riesgosas (sexo sin protección o ha compartido agujas, aunque sea una vez)?  Sí  No

9. ¿Alguna vez se ha inyectado esteroides, hormonas, vitaminas o drogas callejeras?  Sí  No

9a. Si respondió si, cuando fue la ultima vez que se inyectó? \_\_\_\_\_

9b. Compartió las agujas?  Sí  No

10. ¿En los últimos tres meses cuantas veces ha compartido con su nueva pareja o con la persona que comparte las agujas su diagnostico del SIDA?

Nunca       A veces       Siempre       No he tenido una nueva pareja en los últimos 3 meses

11. ¿Estaría interesado(a) en compartir información con su pareja(s) acerca del contagio del SIDA?

Sí       Talvez       No

Reviewed by: \_\_\_\_\_