

# CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CLIENTE

Unique Office of AIDS  
Client Number

**INSTRUCCIONES:** *Por favor conteste las siguientes preguntas. Marque una respuesta para cada pregunta a menos que se instruya hacerlo de otra forma. No existen respuestas correctas o incorrectas. Todas sus respuestas son completamente confidenciales y no serán compartidas con nadie. Si usted necesita ayuda por favor solicítela a la persona que le proporcionó este formulario.*

- 1) ¿Cuál es su identidad sexual?
  - (1) Masculino
  - (2) Femenino
  - (3) Transgénero (masculino a femenino)
  - (4) Transgénero (femenino a masculino)
  - (5) Otra identidad, especifique: \_\_\_\_\_
  
- 2) ¿Cuál fue su sexo biológico al nacer?
  - (1) Masculino
  - (2) Femenino
  - (3) Intersexual
  
- 3) ¿Cuál es su raza/etnia? *(marque todas las que correspondan)*
  - (1) Negra / Afro Americana
  - (1) India Americana / Nativa de Alaska
  - (1) Asiática
  - (1) Hawaiana Nativa / Isleñas del Pacífico
  - (1) Hispana / Latino(a)
  - (1) Blanca
  - (1) Otra raza, especifique: \_\_\_\_\_
  - (1) Prefiero no responder.
  
- 4) ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 / 
 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 / 
 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

  

Mes
Día
Año
  
- 5) ¿Cuál es la PRIMER LETRA de su APELLIDO?
  
- 6) ¿En qué código postal vive usted? 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
  
- 7) ¿En qué condado vive usted? \_\_\_\_\_
  
- 8) ¿Está usted sin hogar actualmente?  (1) Sí  (0) No
  
- 9) ¿Cuáles de las siguientes opciones se acerca más a su orientación sexual?
  - (1) Heterosexual o derecho
  - (2) Bisexual
  - (3) Gay, lesbiana, homosexual, amanerado, o amante de las personas del mismo sexo
  - (4) Otra orientación, especifique: \_\_\_\_\_
  - (5) No conozco mi orientación sexual.
  
- 10) ¿Cuál es su cobertura de seguro médico actual? *(marque todas las que correspondan)*
  - (1) Sin cobertura de seguro médico
  - (1) Privado *(Kaiser, Sutter, Blue Cross, HMO, etc.)*
  - (1) Medi-Cal (Medicaid)
  - (1) Medicare
  - (1) Militar *(servicio activo, veterano, o miembro de la familia)*
  - (1) Servicio de Salud Indio
  - (1) Otra cobertura, especifique: \_\_\_\_\_

- 11) ¿Le han hecho un examen de VIH/SIDA antes de hoy?
  - (1) Sí
  - (0) No
  - (8) Yo no sé si me han realizado un examen antes de hoy.
  - (9) Prefiero no responder.

Si la respuesta es Sí, ¿cuál fue el último resultado del examen que usted recibió?

  - (1) Negativo *(Sin infección de VIH)*
  - (2) Positivo *(se encontró infección de VIH)*
  - (3) Positivo preliminar *(Examen positivo pero no confirmado)*
  - (4) Otro resultado *(Inconcluso, discordante, o no válido)*
  - (5) Yo no conozco el resultado de mi último examen.
  - (6) Nunca he recibido un resultado de examen.
  - (7) Prefiero no responder.

¿Cuál es la fecha del último resultado de examen que usted recibió?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 / 
 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

  

Mes
Año

¿Si su último resultado de examen fue positivo, ¿cuál es el motivo para hacer el examen hoy? *(por favor especifique)*

\_\_\_\_\_
  
- 12) ¿Ha tenido usted sexo con un **hombre** en los últimos 12 meses?  (1) Sí  (0) No
 

Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de sexo ha tenido usted con **hombres** en los últimos 12 meses? *(marque todas las que correspondan)*

  - (1) Sexo vaginal *(pene en la vagina)*
  - (1) Sexo anal con inserción *(su pene en el ano de su compañero (trasero))*
  - (1) Sexo anal receptivo *(el pene de su compañero en su ano (trasero))*
  - (1) Sexo oral
  
- 13) ¿Ha tenido usted sexo con una **mujer** en los últimos 12 meses?  (1) Sí  (0) No
 

Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de sexo ha tenido usted con **mujeres** en los últimos 12 meses? *(marque todas las que correspondan)*

  - (1) Sexo vaginal *(pene en la vagina)*
  - (1) Sexo anal (pene en el ano (trasero))
  - (1) Sexo oral
  
- 14) ¿Ha tenido usted sexo con un **transgénero** en los últimos 12 meses?  (1) Sí  (0) No
 

Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de sexo ha tenido usted con un **transgénero** en los últimos 12 meses? *(marque todas las que correspondan)*

  - (1) Sexo vaginal *(pene en la vagina)*
  - (1) Sexo anal con inserción *(su pene en el ano de su compañero (trasero))*
  - (1) Sexo anal receptivo *(el pene de su compañero en su ano (trasero))*
  - (1) Sexo oral

**Por favor continúe en al reverso**

- 15) ¿Con cuántas personas ha tenido usted sexo vaginal o anal en los últimos 12 meses? (1 a 999)
- 16) ¿Ha tenido usted sexo vaginal o anal sin utilizar un condón en los últimos 12 meses?  (1) Sí  (0) No
- 17) ¿Ha recibido usted drogas, dinero, u otros artículos o servicios por sexo en los últimos 12 meses?  (1) Sí  (0) No
- 18) ¿Ha tenido usted sexo con alguien que usted sabe que tiene VIH o SIDA en los últimos 12 meses?  (1) Sí  (0) No
- 19) ¿Ha tenido usted sexo con alguien que usted sabe que se ha inyectado drogas en los últimos 12 meses?  (1) Sí  (0) No
- 20) Si usted es de sexo **femenino**, ¿en los últimos 12 meses ha tenido sexo con un hombre que usted sabe que ha tenido sexo con otro hombre?  (1) Sí  (0) No
- 21) ¿Ha utilizado usted algunas de estas drogas en los últimos 12 meses? (marque todas las que correspondan)
- (1) Anfetas (cristal, metanfetamina, tina, anfetaminas)
  - (1) Polvo de cocaína
  - (1) Crack (piedra de cocaína)
  - (1) Nitritos (nitrato de amilo)
  - (1) No he utilizado ninguna de estas drogas.

- 22) ¿Ha utilizado usted una aguja para inyectar drogas en los últimos 12 meses?  (1) Sí  (0) No
- Si usted se ha inyectado, ¿compartió agujas o equipo de inyección de drogas en los últimos 12 meses?  (1) Sí  (0) No
- Si usted se ha inyectado, ¿qué drogas se ha inyectado en los últimos 12 meses? (marque todas las que correspondan)
- (1) Anfetas (cristal, metanfetamina, tina, anfetaminas)
  - (1) Polvo de cocaína
  - (1) Crack (piedra de cocaína)
  - (1) Heroína (polvo blanco, pasta, H, goma, junk)
  - (1) Otra droga, especifique: \_\_\_\_\_
- 23) ¿Ha utilizado usted alguna vez una aguja para inyectarse drogas?  (1) Sí  (0) No
- 24) ¿Le ha dicho a usted alguna vez un proveedor médico o de servicios que usted tiene hepatitis C?  (1) Sí  (0) No
- 25) ¿Ha sido usted diagnosticado con algunas de las siguientes infecciones en los últimos 12 meses? (marque todas las que correspondan)
- (1) Clamidia
  - (1) Gonorrea
  - (1) Sífilis
  - (1) No me han dicho que tuviera ninguna de estas.
- 26) ¿Existe algo más que podría ponerlo a usted en riesgo de VIH?
- (1) Sí (por favor especifique abajo)
  - (0) No
- Si la respuesta es Sí, entonces por favor especifique: \_\_\_\_\_

**¡Gracias! Por favor, devuelva este formulario completo ahora.**

**PARA USO CLÍNICO EXCLUSIVAMENTE**

|                                            |                                                                                                                                                                              |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                           |                                                                      |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>ADMINISTRATIVE</b>                      | Data entry ID: <input type="text"/>                                                                                                                                          | Agency ID: <input type="text"/>                                                             | <i>(indicate date and provider ID)</i>                                            | <b>Date (mm/dd/yy)</b>                                                                    | <b>Provider ID</b>                                                   |
|                                            | Intervention session: <input type="text"/>                                                                                                                                   | Disclosure session: <i>(same date as intervention for rapid tests)</i> <input type="text"/> | Confirmatory disclosure: <i>(rapid confirmatory results)</i> <input type="text"/> | Reschedule attempt: <i>(for missed HIV confidential disclosures)</i> <input type="text"/> | Reschedule attempt outcome: <i>(mark one ☒ if no HIV disclosure)</i> |
| <b>RISK REDUCTION</b>                      | <b>Risk reduction counseling provided?</b> <i>(mark one ☒)</i>                                                                                                               | <b>REFERRALS</b>                                                                            | <b>HCV TESTING</b>                                                                | <b>HIV TESTING</b>                                                                        | <b>HIV TESTING</b>                                                   |
|                                            | <input type="checkbox"/> (1) Yes, counseling provided<br><input type="checkbox"/> (2) No, counseling not offered<br><input type="checkbox"/> (3) No, client declined/refused |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                           |                                                                      |
| <b>RISK REDUCTION</b>                      | <b>Risk reduction plan developed?</b> <i>(mark one ☒)</i>                                                                                                                    | <b>REFERRALS</b>                                                                            | <b>HCV TESTING</b>                                                                | <b>HIV TESTING</b>                                                                        | <b>HIV TESTING</b>                                                   |
|                                            | <input type="checkbox"/> (1) Yes, plan developed<br><input type="checkbox"/> (2) No, service not offered<br><input type="checkbox"/> (3) No, client declined/refused         |                                                                                             |                                                                                   |                                                                                           |                                                                      |
| <b>Place additional lab stickers here:</b> | <b>LAB SLIP #2</b>                                                                                                                                                           | <b>LAB SLIP #3</b>                                                                          | <b>LAB SLIP #4</b>                                                                | <b>LAB SLIP #5</b>                                                                        |                                                                      |