

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CLIENTE

INSTRUCCIONES: Por favor, responda las siguientes preguntas. Marque o escriba el número en las casillas en cada pregunta. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas sus respuestas son totalmente confidenciales y no serán compartidas. Si necesita asistencia por favor comuníquese con la persona que le entregó este formulario.

- 1) ¿Cuál es su sexo/género? (marque uno)
 - (1) Masculino
 - (2) Femenino
 - (3) Transgénero (masculino a femenino)
 - (4) Transgénero (femenino a masculino)
 - (5) Otro, especifique: _____

- 2) ¿Cuál es su raza/grupo étnico? (marque todos los que correspondan)
 - (1) Negro/Afroamericano
 - (1) Indio Americano/Nativo de Alaska
 - (1) Asiático
 - (1) Hawaiano nativo/Isleño del Pacífico
 - (1) Hispano/Latino(a)
 - (1) Blanco
 - (1) Otro, especifique: _____

- 3) ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

		/			/				
Mes			Día			Año			

- 4) ¿Cuál es la PRIMER LETRA de su APELLIDO?

- 5) ¿Cuál es su código postal?

--	--	--	--	--

- 6) ¿En qué Condado vive? _____

- 7) ¿Cuál de lo siguiente se aproxima más a su orientación sexual? (marque uno)
 - (1) Heterosexual o derecho
 - (2) Bisexual
 - (3) Gay, lesbiana, o homosexual
 - (4) Otra orientación, especifique: _____

- 8) ¿Ha tenido sexo con una **mujer** durante el último año (12 meses)? (marque todos los que correspondan)
 - (1) Sexo vaginal (pene en vagina)
 - (1) Sexo anal (pene en ano (trasero))
 - (1) Sexo oral (boca en pene, vagina o ano)
 - (1) No he tenido sexo con una mujer durante el último año.

- 9) ¿Ha tenido sexo con un **hombre** durante el último año (12 meses)? (marque todos los que correspondan)
 - (1) Sexo vaginal (pene en vagina)
 - (1) Sexo anal (pene en ano (trasero))
 - (1) Sexo oral (boca en pene, vagina o ano)
 - (1) No he tenido sexo con un hombre durante el último año.

- 10) ¿Ha tenido sexo durante el último año con un trabajador sexual o prostituta (habiendo pagado o no)? (1) Sí (0) No

- 11) ¿Ha tenido sexo durante el último año con alguien que se inyecta drogas? (1) Sí (0) No

- 12) ¿Ha tenido sexo durante el último año con alguien que usted conoce que tiene VIH o SIDA? (1) Sí (0) No

- 13) Si es **mujer**, ¿durante el último año ha tenido sexo con un hombre que haya tenido sexo con otro hombre? (1) Sí (0) No

- 14) ¿Ha utilizado una aguja para inyectarse drogas durante el último año? (1) Sí (0) No

- 15) ¿Ha utilizado metanfetaminas, speed, crank, cristal, cocaína o crack durante el último año? (1) Sí (0) No

- 16) ¿Ha recibido drogas, dinero u otros artículos o servicios por sexo durante el último año? (1) Sí (0) No

- 17) ¿Algún proveedor de servicio médicos le avisó a usted que tiene gonorrea o sífilis durante el último año? (1) Sí (0) No

- 18) ¿Algún proveedor de servicio médico le avisó alguna en el pasado que usted tiene hepatitis C? (1) Sí (0) No

- 19) ¿Alguna vez utilizó una aguja para inyectarse drogas en el pasado? (1) Sí (0) No

- 20) ¿Cuántos exámenes de VIH/SIDA se ha hecho antes?

--	--

 (marque cero si nunca se hizo un examen hasta hoy)

Si ha tenido un examen del VIH/SIDA antes, ¿Cuál es la fecha de su último examen?

		/			
Mes			Año		

Si ha tenido un examen del VIH/SIDA antes, ¿Cuál fue el resultado? (marque uno)

 - (1) Negativo (Sin infección de VIH)
 - (2) Positivo (Se encontró infección de VIH)
 - (6) Otro resultado, especifique: _____
 - (5) Nunca recibí un resultado

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

Unique Office of AIDS
Client Number

PARA USO CLÍNICO EXCLUSIVAMENTE

ADMINISTRATIVE	Data entry initials: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> (1) Mark <input checked="" type="checkbox"/> if no billing	Agency ID: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(date and initial) Intervention session: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	CLIENT ASSESSMENT Assessment initials: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Initial intervention: <input type="checkbox"/> (1) LR low-level (indicate transition) <input type="checkbox"/> LR high-level (CIF required) <input type="checkbox"/> HR high-level (CIF required) Transition to high-level? <input type="checkbox"/> Yes (CIF required) <input type="checkbox"/> (0) No Local variance used? <input type="checkbox"/> Yes (CIF required) <input type="checkbox"/> (0) No	Intervention: _____ Intervention ID: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Location ID: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Disclosure session: (same date as intervention for rapid tests) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Reschedule attempt: (for missed HIV confidential disclosures) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Reschedule attempt outcome: (mark one <input checked="" type="checkbox"/> if no HIV disclosure) <input type="checkbox"/> (1) Unable to locate/contact <input type="checkbox"/> (3) Obtained HIV results elsewhere <input type="checkbox"/> (2) Client declined notification <input type="checkbox"/> (4) Rescheduled but client did not return

Note: CIF is required for all preliminary positive rapid tests.

OTHER TESTING	Referred for hepatitis C testing? (mark one <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yes (CIF required) <input type="checkbox"/> No	HIV TEST SUMMARY	Final HIV test result: (mark one <input checked="" type="checkbox"/> (attach lab slips/ Testing Incident Report) <input type="checkbox"/> (1) Negative <input type="checkbox"/> Positive (CIF required) <input type="checkbox"/> Preliminary positive (CIF required) (no confirmatory sample taken) <input type="checkbox"/> Inconclusive (CIF required) <input type="checkbox"/> Discordant (CIF required) <input type="checkbox"/> (6) Invalid <input type="checkbox"/> Other result, specify (CIF required)	OPTIONAL DATA	Item 1:
	Additional tests this visit: (mark all that apply <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (1) No additional tests <input type="checkbox"/> (1) Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> (1) Hepatitis B <input type="checkbox"/> (1) Syphilis <input type="checkbox"/> (1) Gonorrhea <input type="checkbox"/> (1) Chlamydia <input type="checkbox"/> (1) Other STD (other than HIV)		Item 2:		
					Item 3:
					Item 4:

NOTES	

HR = High-Risk Client LR = Low-Risk Client CIF = HIV Counseling Information Form STD = Sexually Transmitted Disease or Infection

Place additional lab stickers here:	LAB SLIP #2	LAB SLIP #3	LAB SLIP #4	LAB SLIP #5
-------------------------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------