

CONFIDENTIAL HIV RAPID TEST—CLIENT SURVEY

Complete la encuesta para ayudarnos a desarrollar nuestros programas, recopilar datos estadísticos y ayudar con el proceso de prueba. Gracias.

Responda lo siguiente:

¿Alguna vez usó drogas inyectables?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Compartió jeringas durante los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Tuvo sexo con alguien con pene durante el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Tuvo sexo con alguien con vagina durante el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Alguna vez tuvo sexo en estado de intoxicación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Ha tenido sexo bajo la influencia de drogas no inyectadas? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de drogas?: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Ha dado dinero o drogas por sexo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Ha recibido dinero o drogas por sexo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Durante los últimos 12 meses, ¿le diagnosticaron una enfermedad de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Tuvo sexo con una pareja VIH positiva?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Alguna vez fue víctima de un ataque sexual?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Está participando en un ensayo de vacunas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Tiene hijos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Actualmente toma PrEP?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Durante los últimos 12 meses usé un condón (o un protector bucal u otra barrera): *(Marque la mejor opción)*

Con un pene en mi boca:	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> N/A
Con el pene en la boca de otra persona:	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> N/A
Con la boca en una vagina:	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> N/A
Con una boca en mi vagina:	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> N/A
Con un pene en mi trasero:	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> N/A
Con mi pene en el trasero de otra persona:	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> N/A
Con un pene en mi vagina:	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> N/A
Con mi pene en una vagina:	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> N/A



WHITMAN-WALKER HEALTH

SOLO PARA USO OFICIAL

Fecha: _____

PrEP

¿El cliente está inscrito en la profilaxis anterior a la exposición?

- Sí, confirmado
- No
- No sé

¿El cliente ha escuchado sobre la profilaxis anterior a la exposición?

- Sí, confirmado
- No
- No sé

¿Se le proporcionó educación al cliente sobre los servicios de PrEP?

- Sí
- No

¿Se derivó al cliente a los servicios de PrEP?

- Sí, servicios para el cliente
- Sí, navegador de PrEP
- No
- N/A

SERVICIOS PARA LA JUVENTUD

Generales

Fuente de financiamiento/subvención:

- Distribución de condones
- Educación de pares
- HAHSTA para enfermedades de transmisión sexual
- Nuevas comunidades
- Movilización social

Ubicación:

- PEC
- Móvil
- Evento
 - Golden Ticket
 - Hoopin' for HIV
 - Youth Pride
 - East of the River
 - Youth Health Summit
 - For the Love of You
 - Women & Girls Day
- Otro: _____

Pruebas requeridas (marque todas las opciones que correspondan):

- VIH
- Infecciones de transmisión sexual
- Embarazo

¿Derivado por rep./embajador?

- Sí
- No

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién lo derivó? _____

Infecciones de transmisión sexual

Motivos del examen:

- Contacto conocido a infecciones de transmisión sexual
- Contacto sospechado a infecciones de transmisión sexual
- Síntomas de infecciones de transmisión sexual
- Prueba de detección
- Nueva prueba de detección

¿Alguna vez le diagnosticaron...?

- Clamidia
- Gonorrea
- Sífilis
- Herpes
- VIH
- Tricomoniasis
- Sin diagnóstico anterior de infecciones de transmisión sexual
- No sé
- Rechazado
- No se preguntó
- Otro: _____

¿Alguna vez se hizo pruebas?

- Sí

Si la respuesta es afirmativa, fecha de la última prueba de infecciones de transmisión sexual: _____

mm/dd/aaaa or mm/aaaa

Si la respuesta es afirmativa, resultado de la última prueba de infecciones de transmisión sexual:

- Positiva (reactiva)
- Negativa (no reactiva)
- No concluyente
- No

Embarazo

Motivo de la prueba de embarazo:

- Confirmar prueba de embarazo anterior (casera)
- Confirmar prueba de embarazo anterior (otro sitio/no casera)
- Asesoramiento
- Retraso del periodo menstrual
- Sexo sin anticonceptivo
- Sexo con falla del anticonceptivo
- Intento de quedar embarazada

Resultado de la prueba de embarazo:

- Positivo (embarazada)
- Negativo (no embarazada)
- Indeterminado

¿Se le proporcionó el resultado de la prueba al cliente?

- Sí
- No

Si la respuesta es negativa, proporcione el motivo: _____

Intervenciones:

- Asesoramiento en anticonceptivos
- Asesoramiento en reducción de riesgos
- Derivación para adopción
- Derivación para atención prenatal
- Derivación para terminación

Evaluación de riesgos

¿Se completó una evaluación de riesgos?

- Sí No

- El cliente completó un perfil de riesgo conductual
- No se le preguntó al cliente sobre el perfil de riesgo conductual
- Se le preguntó al cliente, pero no se identificaron riesgos conductuales
- El cliente rechazó conversar sobre los factores de riesgo conductuales

Si no se completó, ¿por qué?

- El cliente lo rechazó
- Falta de tiempo
- No se le ofreció al cliente
- No adecuado (factores del cliente)
- No adecuado (factores externos)
- Personal no disponible
- Otro: _____

¿Se trató al cliente por clamidia en los últimos 30 días?

- Sí
- No

¿Se trató al cliente por gonorrea en los últimos 30 días?

- Sí
- No

¿El cliente ha tenido anteriormente un resultado positivo en una prueba de sífilis?

- Sí
- No

Resultados y educación

INSTI:

- No reactivo
- IND
- Reactivo

OraQuick:

- No reactivo
- IND
- Reactivo

4th Gen Rapid:

- No reactivo
- IND
- Reactivo

¿Se proporcionaron los resultados?

- Sí
- No

Si no se proporcionaron, ¿por qué?

- Notificación rechazada
- No regresó/no se encontró al cliente
- Se obtuvieron los resultados de otra agencia
- Otro: _____

Seguimiento indicado:

- Ninguno
- Addtl Rapid Test
- Pruebas de confirmación
- Otro

¿Se proporcionaron condones?

- Sí
- No

Si la respuesta es afirmativa: ¿Cuántos? _____

¿Se completaron los planes de reducción de riesgos?

- Sí
- No
- Otro: _____