



62657

# ENCUESTA PARA EVALUAR EL RIESGO DE ETS

(Enfermedades Transmitidas Sexualmente)

**INSTRUCCIONES:**

1. Use tinta oscura

2. Rellene los círculos

ASÍ: ●

ASÍ NO: Marque ERRORES así: *Conteste las siguientes preguntas relleno el círculo con la respuesta correcta. Conteste todas las preguntas.*

1) Cuál es la razón de su visita hoy? (seleccione todas las respuestas que apliquen)

- Prueba para ETS       Síntomas presentes       Mi pareja recibió tratamiento para una infección  
 Alguien me recomendó       Tratamiento y nada más       Vacuna y nada más

**DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES:**2) Ha tenido relaciones sexuales con (elijá sólo una respuesta):     Hombre     Mujer     Ambos     Otro

3) ¿Qué tipo de relaciones sexuales ha tenido? (elijá todas las respuestas que apliquen)

- Sexo Oral     Sexo Vaginal     Sexo Anal (persona que penetra)     Sexo anal (persona que recibe la penetración)

4) ¿Con cuánta frecuencia usa condones? (seleccione sólo una respuesta)     Siempre     A veces     Nunca

5) ¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 12 meses?

(Ponga el número de parejas sexuales en las cajas)

--	--	--

6) ¿Ha tenido relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol o drogas?

 Sí     No

7) ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien a quien no conoce (anónimo)?

 Sí     No

8) ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien que conoció por internet o por teléfono?

 Sí     No

9) ¿Alguna vez ha pagado o recibido dinero o drogas a cambio de sexo?

 Sí     No

10) ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas?

 Sí     No

11) ¿Ha usado una jeringa para inyectarse drogas? (Si alguna vez se ha inyectado drogas, aunque haya sido más de 12 meses, debería hacerse la prueba para el Hepatitis C.)

 Sí     No

12) ¿Ha tenido una enfermedad transmitida sexualmente (clamidia, gonorrea, sífilis)?

 Sí     No

13) ¿Se ha hecho la prueba del VIH?

 Sí     No

14) ¿Tiene planes de hacerse la prueba del VIH hoy?

 Sí     No

15) ¿Alguna vez le han dicho que tiene hepatitis?

 Sí     No

16) ¿Se ha vacunado contra el Hepatitis A?

 No Se     Sí     No

17) ¿Se ha vacunado contra el Hepatitis B?

 No Se     Sí     No**THIS SECTION TO BE COMPLETED BY STD CLINIC STAFF ONLY****Client Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Date Seen**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Sex**

- Male     Female  
 MTF     FTM

**Date Of Birth**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Race (select all that apply)**

- White     Black or Afr. American     Asian  
 Nat. Hawaiian or Pac. Islander     Am. Indian or Alaskan Native     Other  
 Unknown

**Ethnicity**

- Hispanic     Unknown  
 Non-Hispanic

**(Expanded HIV Testing Grant Questions)****Previous HIV Test**

- Yes  
 No  
 Not Asked  
 Declined to Answer  
 Don't Know

**Self Reported HIV Result**

- Positive  
 Negative  
 Preliminary Positive  
 Indeterminate  
 Not Asked  
 Don't Know

**Tested for HIV This Visit?**  Yes  NoIf yes,  Serum  Rapid

If Rapid HIV test this visit, test result was:

- Positive     Negative     Invalid

Affix Bar Code Lab Label Level Within Center of Area Below

--

**Provider Code**

--	--	--	--	--	--	--	--

December 2015