

EVALUACIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Fecha de hoy: _____
Nombre del Establecimiento: _____
Dirección del Establecimiento: _____
Número de Teléfono del Establecimiento: _____
ID del Cliente: _____

Cliente: Por favor llene las dos primeras páginas. Esto ayudará a su proveedor a seleccionar las pruebas correctas o vacunas.

DEMOGRÁFIA

Nombre del Paciente: _____ **FDN:** _____ **Edad:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____
Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____
¿Cómo debemos comunicarnos con usted? Teléfono Correo Electrónico Correo Otro: _____
Restricciones de Contacto: _____ **Medicaid:** **Seguro:** **Ningún Seguro:**

¿Cómo escuchó usted de nosotros?

Knowyo.org Poster Alguien le dijo Radio Pancarta Periódico Personal del WDH Otro _____

Raza (seleccione todo lo que aplica): Blanco Negro/Americano Africano Indígena Americana/Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái/Isleño del Pacifico Otro No sabe No desea responder

Etnicidad: Hispano No Hispano No sabe No desea responder

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Sexo al nacer: Femenino Masculino **Identidad de Género:** Femenino Masculino Transgénero Femenino Transgénero Masculino

Genero Variante, ni masculino ni femenino Otro

Orientación Sexual: Hetero/Heterosexual Lesbiana u homosexual Bisexual Otra cosa No sé

SALUD SEXUAL E HISTORIAL

Tiene relaciones sexuales con (elijá todo lo que aplique) Mujeres Hombres Otro, por favor indique: _____

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido usted en los últimos tres meses? _____

¿Qué tipo de sexo está teniendo? (elijá todo lo que aplique) Oral Pareja que da Pareja que recibe

Vaginal

Anal Pareja receptiva Pareja que penetra

¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? Sí, resultado y fecha: _____ No

¿Ha sido vacunado para la Hepatitis B? Sí ¿cuándo?: _____ No

¿Ha sido vacunado para la Hepatitis A? Sí ¿cuándo? _____ No

¿Ha sido vacunado para el HPV? Sí, ¿cuándo? _____ No

¿Sabe usted si recientemente ha estado expuesto a alguna ETS, VIH o hepatitis viral? Sí No No sabe
Si es sí, especifique la enfermedad y la fecha: _____

Tipo de contacto: Hogar Sexual Jeringas compartidas Exposición sanguínea

¿Ha tenido una prueba positiva de ETS, HIV o hepatitis viral en los últimos 12 meses? Sí No

Si es sí, especifique la enfermedad y fecha: _____

Mujeres:

¿Está embarazada? Sí, fecha prevista: _____ Posiblemente No Desconoce

Fecha del último examen pélvico/papanicolao: _____ No sabe

Usa condón con una nueva pareja: Siempre A veces Nunca

Usa condón con pareja principal: Siempre A veces Nunca

Usa condón con otras parejas: Siempre A veces Nunca

Por favor elija las casillas pertinentes a usted (elija todo lo que aplique)

<p>Sexo con:</p> <p><input type="checkbox"/> Parejas anónimas</p> <p><input type="checkbox"/> Parejas encontradas en apps o en el internet</p> <p><input type="checkbox"/> Más de una pareja a la vez</p>	<p>Historial de:</p> <p><input type="checkbox"/> anteriores o hepatitis viral</p> <p><input type="checkbox"/> Infección VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Pruebas del hígado constantemente anormales</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia inmunosupresora</p> <p><input type="checkbox"/> Diálisis</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajar en un ambiente para el cuidado de salud</p> <p><input type="checkbox"/> Exposición a sangre (debajo la piel o membranas mucosas)</p> <p><input type="checkbox"/> Transfusión de sangre, componentes de sangre, o trasplante de órganos (antes de 1992)</p> <p><input type="checkbox"/> Receptor del factor de coagulación o concentraciones sanguíneas (antes de 1987)</p>								
<p>Sexo mientras:</p> <p><input type="checkbox"/> Intoxicado</p> <p><input type="checkbox"/> Drogado</p> <p><input type="checkbox"/> En público</p>	<p>Baby Boomer:</p> <p><input type="checkbox"/> Nacido entre 1945-1965</p>								
<p>Sexo a cambio de:</p> <p><input type="checkbox"/> Drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero</p> <p><input type="checkbox"/> Comida</p> <p><input type="checkbox"/> Albergue</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, por favor indique: _____</p>	<p>Nacido fuera de los E.U.:</p> <table border="0"> <tr> <td>Cliente:</td> <td>Padre/madre:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Africa</td> <td><input type="checkbox"/> Africa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asia</td> <td><input type="checkbox"/> Asia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> América del Sur</td> <td><input type="checkbox"/> América del Sur</td> </tr> </table>	Cliente:	Padre/madre:	<input type="checkbox"/> Africa	<input type="checkbox"/> Africa	<input type="checkbox"/> Asia	<input type="checkbox"/> Asia	<input type="checkbox"/> América del Sur	<input type="checkbox"/> América del Sur
Cliente:	Padre/madre:								
<input type="checkbox"/> Africa	<input type="checkbox"/> Africa								
<input type="checkbox"/> Asia	<input type="checkbox"/> Asia								
<input type="checkbox"/> América del Sur	<input type="checkbox"/> América del Sur								
<p>Indigencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de indigencia</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente indigente</p> <p><input type="checkbox"/> Los dos</p>	<p>Madre – historial de:</p> <p><input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> ETS</p>								
<p>Encarcelamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de encarcelamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente encarcelado</p> <p><input type="checkbox"/> Las dos</p>	<p>Síntomas (elija todos lo que aplican):</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor abdominal o pélvico</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado anormal</p> <p><input type="checkbox"/> Flujo anormal del pene o vagina</p> <p><input type="checkbox"/> Deposiciones de color de arcilla</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> Orinación frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Sudoración nocturna</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor o sangrado con sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor o ardor al orinar</p> <p><input type="checkbox"/> Picazón del pene, vagina o anal</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones orales, llagas o verrugas en el pene, vagina, ano</p> <p><input type="checkbox"/> Sarpullido, generalizado o en las manos/pies</p> <p>Indique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Color amarillo de la piel (ictericia)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, favor indique: _____</p>								
<p>Uso de drogas ilícitas:</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de uso de drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente usa drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Las dos</p>	<p>Consumo de drogas de inyección, aún una vez:</p> <p><input type="checkbox"/> Metanfetamina</p> <p><input type="checkbox"/> Opiáceos (heroína, fentanyl, oxycodone, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, favor indique: _____</p>								
<p>Uso de droga intranasal, aun una vez:</p> <p><input type="checkbox"/> Cocaína</p> <p><input type="checkbox"/> Metanfetamina</p> <p><input type="checkbox"/> Opiáceo (heroína, fentalino, oxicodona, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, por favor indique: _____</p>	<p>Uso de otras drogas, aún una vez:</p> <p><input type="checkbox"/> Marijuana (hierba)</p> <p><input type="checkbox"/> Metanfetamina (fuma)</p> <p><input type="checkbox"/> Estimulantes (Cocaína, Adderall, Ritalin, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Drogas de fiesta (Éxtasis, poppers, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, favor indique: _____</p>								
<p>Uso de otras drogas, aún una vez:</p> <p><input type="checkbox"/> Marijuana (hierba)</p> <p><input type="checkbox"/> Metanfetamina (fuma)</p> <p><input type="checkbox"/> Estimulantes (Cocaína, Adderall, Ritalin, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Drogas de fiesta (Éxtasis, poppers, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, favor indique: _____</p>	<p>Tatuajes o piercings:</p> <p><input type="checkbox"/> Tatuajes no profesionales</p> <p><input type="checkbox"/> Piercings no profesionales</p>								

Positive Test Results	
Action	Comments
Risk reduction plan reviewed	
Need for follow up testing	
Follow up appointment if needed	
Updates on referrals	
Immunizations, Dates initiated:	Hep A: _____ Hep B: _____ Twinrix: _____ HPV: _____
HIV Services Program, if positive	
Partner services	

All positive/reactive tests must be reported to the Wyoming Department of Health Communicable Disease Unit. Please report online through the Electronic Confidential Disease Report (ECDR) at <https://prismdata.health.wyo.gov/> or through the Patient Reporting Investigation Surveillance Manager (PRISM). **Date Reported:** _____

Client received results: Date _____ In person By Phone Certified Letter
 Unable to locate patient, provide justification: _____

Treatment

Client treated for: Chlamydia Gonorrhea Syphilis Not treated, provide justification: _____
Medication provided: Date: _____ Time: _____ (am / pm)
Referral made for: HIV Hepatitis B Hepatitis C Date: _____

Chlamydia		
<input type="checkbox"/> Azithromycin 1gm	<input type="checkbox"/> Doxycycline 100mg bid x 7d	<input type="checkbox"/> Other: _____

Gonorrhea		
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone 250mg IM	PLUS	<input type="checkbox"/> Azithromycin 1gm PO
		OR
		<input type="checkbox"/> Doxycycline 100mg qd x 7d

Syphilis		
<input type="checkbox"/> Primary, Secondary, and Early Latent: Benzathine penicillin G 2.4mu IM		
<input type="checkbox"/> Latent >1 year: Benzathine penicillin G 2.4mu IM x 3 doses at weekly intervals		
Dose 1 date: _____	Dose 2 date: _____	Dose 3 date: _____

Notes: _____

Provider prescribing treatment: _____ (Print name and credentials) _____ (Signature)

Medication instructions provided Disease information sheet provided

Partner Services

Name: _____ DOB: _____
Address: _____
Email: _____ Phone number: _____
Partner treated: Yes, date and treatment provided: _____
 No, provide justification: _____
EPT provided: Yes, date and treatment provided: _____
 No, provide justification: _____

Staff Signature: _____ **Date:** _____