

## EVALUACIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_

### Cliente: Completar páginas 1 a 3

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Otra dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Restricciones de contacto: \_\_\_\_\_  
 Situación más grave sobre la vivienda en los últimos 12 meses:  Sin vivienda  Vivienda inestable/en riesgo de perder la vivienda  
 Vivienda estable  No sabe

Seguro:  Sin seguro  Medicaid  Seguro privado: \_\_\_\_\_  Medicare

Alergias: \_\_\_\_\_

Raza (marcar todas las que correspondan):  Indígena estadounidense/Nativo de Alaska  Asiático  Negro/Afroestadounidense  
 Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  Blanco  Otra \_\_\_\_\_  No sabe

Origen étnico:  Hispano  No hispano  No sabe  Se niega a responder

Estado civil:  Separado  Divorciado  Casado  Soltero  Viudo

Sexo al nacer:  Femenino  Masculino

Identidad de género:  Femenino  Masculino  Transgénero de M a F  Transgénero de F a M  Género no binario  Dos espíritus

Orientación sexual:  Heterosexual  Lesbiana o gay  Bisexual  Asexual  Pansexual  No binario  
 Otro: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le realizaron una prueba de tres sitios?  No  Sí; fecha: \_\_\_\_\_  ¿Qué es eso?  No sabe

Cantidad de parejas sexuales en: ¿Los últimos 3 meses?: \_\_\_\_\_ ¿Su vida?: \_\_\_\_\_ ¿Desde que se realizó la última prueba?: \_\_\_\_\_

Dónde conoce a sus parejas sexuales:  Comunidad \_\_\_\_\_

Bares: \_\_\_\_\_  Casas de baños: \_\_\_\_\_

Categoría 1: Facebook/Instagram/Snapchat/Twitter  Categoría 3: Tinder/Grindr/Scruff /AFF

Categoría 2: Match/eHarmony/Farmer's Only/Zoosk/Plenty of Fish/Hinge/Bumble  Categoría 4: Otra

¿Alguna vez le realizaron una prueba de VIH?:  No  Sí; resultado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Estado actual de VIH:  Positivo  Negativo  No sabe  Se niega a responder

Recibió la vacuna contra: ¿Hepatitis B?  Sí  No ¿Hepatitis A?  Sí  No ¿HPV?  Sí  No

¿Tuvo una enfermedad de transmisión sexual (ETS), VIH o prueba de hepatitis viral con resultado positivo en los últimos 12 meses?

Sí  No Si la respuesta es afirmativa, especifique la enfermedad y la fecha:

Si es mujer o tiene parejas femeninas, ¿utiliza algún método anticonceptivo?  No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada?  Posiblemente  No sabe  No  Sí, fecha probable de parto: \_\_\_\_\_ ¿Su pareja está embarazada?  Sí  No

En la actualidad, ¿está intentando quedar embarazada o hacer que alguien se embarace?  Sí  No

Primer día del último período (si corresponde) \_\_\_\_\_ Fecha del último examen pélvico/Papanicolaou: \_\_\_\_\_

No sabe

¿Está amamantando?  No  Sí ¿Su pareja está amamantando?  No  Sí

Historial de viajes: \_\_\_\_\_

**Síntomas (marcar todas las opciones que correspondan):** Inicio de los síntomas: \_\_\_\_\_ Duración de los síntomas: \_\_\_\_\_

- Dolor abdominal o pélvico                       Sangrado anormal                       Secreción anormal del pene o la vagina  
 Deposiciones de color arcilloso                       Fiebre                       Micción frecuente  
 Sudores nocturnos                       Dolor o sangrado durante las relaciones sexuales                       Dolor o ardor al orinar  
 Sarpullido, generalizado o en manos/pies                       Picazón en pene, vagina o ano                       Lesiones, llagas o verrugas en pene, vagina, ano o boca  
 Color amarillento de la piel/los ojos                       Picazón en los testículos                       Dolor en el perineo  
 Otro, indicar: \_\_\_\_\_

**Trabajador de atención de la salud:**

Trabaja en un entorno de atención de la salud:  Anteriormente                       En la actualidad                       Buscando trabajo

**Antecedentes de (marcar todas las opciones que correspondan):**

- Transfusiones de sangre, componentes de la sangre o trasplante de órgano                       Exposición a sangre (debajo de la piel o las membranas mucosas)  
 Embarazo reciente                       Embarazo actual                       Prueba hepática anómala                       Prueba de hepatitis positiva  
 Prueba de VIH positiva                       ETS anterior                       TB activa                       TB latente

**Contacto con:**     Hepatitis B+     Hepatitis C+                       ETS+                       VIH+                       TB activa                       TB latente

**Tipo de contacto:**     En el hogar     Compartir jeringas                       Sexual                       Exposición a sangre

Si la respuesta es afirmativa, especifique la enfermedad y la fecha: \_\_\_\_\_

**Madre biológica con antecedentes de (marcar todas las opciones que correspondan):**

VIH+                       Hepatitis B+                       Hepatitis C+                       ETS+

**Antecedentes sexuales (marcar todas las opciones que correspondan):**

- Exposición reciente a una ETS                       Nueva pareja en los últimos 3 meses                       Poliamor                       Kink/BDSM  
 Sobreviviente de agresión/abuso sexual, anterior                       Sobreviviente de agresión/abuso sexual, actual

**Uso de preservativo:**

Parejas principales:                       Siempre                       A veces                       Nunca  
 Otras parejas:                       Siempre                       A veces                       Nunca  
 Parejas nuevas:                       Siempre                       A veces                       Nunca  
 Parejas anteriores:                       Siempre                       A veces                       Nunca

**¿Qué tipo de contacto sexual tuvo en su vida? (Seleccione todas las opciones que correspondan):**

Con parejas masculinas:    Anal:  Activo     Pasivo                      Oral:  Activo     Pasivo                      Vaginal:  Activo     Pasivo  
 Con parejas femeninas:    Anal:  Activo     Pasivo                      Oral:  Activo     Pasivo                      Vaginal:  Activo     Pasivo

**Relaciones sexuales con (marcar todas las opciones que correspondan):**

- Parejas anónimas     Parejas conocidas a través de aplicaciones o Internet     Conquistas en un bar                       Conquistas en una casa de baños  
 Parejas con ETS+                       Parejas con hepatitis+                       Parejas con VIH+                       Parejas consumidoras de drogas IV  
 Parejas MSM (hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre)     Parejas bisexuales                       Parejas múltiples  
 Trabajadores sexuales                       Sexo grupal

**Relaciones sexuales (marcar todas las opciones que correspondan):**

Ebrio     Drogado                       En un lugar público o semipúblico

**Relaciones sexuales a cambio de (marcar todas las opciones que correspondan):**

Drogas                       Dinero                       Comida                       Refugio                       Otro, especificar: \_\_\_\_\_

**Consumo de alcohol:***Mujeres:*¿Con qué frecuencia consume 4 tragos o más en 2 horas?  Nunca  1-2 veces/mes  3-4 veces/mes  5+ veces/mes¿Con qué frecuencia consume 3 tragos o más en un día (24 horas)?  Nunca  1-2 veces/mes  3-4 veces/mes  5+ veces/mes*Hombres:*¿Con qué frecuencia consume 5 tragos o más en 2 horas?  Nunca  1-2 veces/mes  3-4 veces/mes  5+ veces/mes¿Con qué frecuencia consume 4 tragos o más en un día (24 horas)?  Nunca  1-2 veces/mes  3-4 veces/mes  5+ veces/mes**Consumo de drogas:** Antecedentes de consumo de drogas  Consumo de drogas actual

Drogas recreativas consumidas:	Método de consumo:					
	Inyección	Esnifar (intranasal)	Fumar	Inhalar	Ingerir (comer, beber)	Booty Bump (rectal, anal)
Cocaína						
Crack						
Opioides (heroína, fentanilo, oxicodona, etc.)						
Drogas de fiesta (éxtasis, poppers, molly, etc.)						
Medicación para disfunción eréctil						
Metanfetaminas						
Marihuana						
Alucinógenos (LSD, psilocibina, DMT, PCP, ketamina)						
GHB						
Consumo de medicamentos de venta libre (dextrometorfano, loperamida)						
Depresores (barbitúricos, benzodiazepinas, Ambien)						
Estimulantes (Adderall, Concerta)						
Otras:						

Trabajos compartidos  Sí  NoAgrupación de jeringas  Sí  No

Fecha del último consumo de drogas: \_\_\_\_\_

Cantidad de parejas que son/eran parejas de aguja y sexuales: \_\_\_\_\_

Cantidad de parejas de agujas que son/eran solo parejas de agujas: \_\_\_\_\_

¿Consumió medicamentos recetados con mayor frecuencia que la recetada?  Sí  NoTatuaje no profesional/casero:  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, indicar fecha: \_\_\_\_\_

Perforaciones no profesionales:  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, indicar fecha: \_\_\_\_\_

**Riesgos de vivienda:**Persona sin hogar:  Antecedentes de no tener hogar Actualmente no tiene hogarPrisión:  Antecedentes de prisión Actualmente en prisión**Nacido fuera de los EE. UU.:**Cliente:  África  Asia  SudaméricaPadre:  África  Asia  Sudamérica**Nacido en el baby boom:**  Nacido entre 1945 y 1965¿Le gustaría recibir información relacionada con prácticas sexuales seguras o prevención relacionada con fetiches?  Sí  No

<b>For Staff Use Only</b>
---------------------------

Completed	Areas to address with client	Comments
	Confidentiality of records discussed (HIPAA)	
	Informed Consent (as needed)	
	Transmission education	
	Identify personal risk behaviors and circumstances	
	Offer condoms/dental dams/lube	
	PrEP/PEP education: <input type="checkbox"/> Educated <input type="checkbox"/> Referred <input type="checkbox"/> Taking <input type="checkbox"/> Heard of <input type="checkbox"/> Used in the last 12 months	

<b>Risk Reduction Plan</b>
----------------------------

<input type="checkbox"/> Increase condom use	<input type="checkbox"/> Dental dams	<input type="checkbox"/> Gloves	<input type="checkbox"/> Frequent testing	<input type="checkbox"/> Fewer partners
<input type="checkbox"/> Safe drug use/injection practice	<input type="checkbox"/> Only have the types of sexual contact for which willing to use a barrier method			
_____				
_____				

<b>Referrals</b>
------------------

Colorado Health Network: <input type="checkbox"/> PrEP Navigation	<input type="checkbox"/> Hepatitis C Treatment
<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> TB Testing
<input type="checkbox"/> Primary Care Provider: _____	<input type="checkbox"/> Family Planning: _____
<input type="checkbox"/> Other: _____	

**\*PRISM entry is required with 48 hours of result for all positive results and all CDU supplied rapid HIV tests.\***

<b>Testing</b>
----------------

Date tested	Test	Result (Circle One)	PRISM date entered
	Urine/Vaginal: Chlamydia	Positive/ Negative	
	Urine/Vaginal: Gonorrhea	Positive/ Negative	
	Pharyngeal: Chlamydia	Positive/ Negative	
	Pharyngeal: Gonorrhea	Positive/ Negative	
	Rectal: Chlamydia	Positive/ Negative	
	Rectal: Gonorrhea	Positive/ Negative	
	HIV rapid	Reactive/ Non-reactive	
	HIV confirmatory	Positive/ Negative	
	Syphilis RPR/Titer Titer _____:	Positive/ Negative	
	Syphilis Confirmatory: FTA	Positive/ Negative	
	Syphilis Confirmatory: TPPA	Positive/ Negative	
	Hepatitis B Surface Antigen (HBsAg)	Positive/ Negative	
	Hepatitis B Core Antibody- Total (HBcAb-Tot)	Reactive/ Non-reactive	
	Hepatitis B Surface Antibody (Anti-HBs) (vaccine)	Reactive/ Non-reactive	
	Hepatitis C Antibody	Reactive/ Non-reactive	
	Hepatitis C RNA	Detected/ Not Detected	

**Visit Notes:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Staff Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Results Visit					
<b>Client received results:</b> Date: _____					
		<input type="checkbox"/> In person		<input type="checkbox"/> By phone	
<input type="checkbox"/> Certified Letter					
<input type="checkbox"/> Unable to locate patient, provide justification: _____					
<input type="checkbox"/> Review risk reduction plan					
Need for follow up testing		<input type="checkbox"/> Recheck HIV in 6 months		<input type="checkbox"/> Recheck HCV in 6 months	
		<input type="checkbox"/> STD testing after each partner		<input type="checkbox"/> STD testing every 1-3 months	
		<input type="checkbox"/> +Pharyngeal GC, retest 7-14 days after treatment		<input type="checkbox"/> All +GC, retest in 3 months	
Follow up appointment if needed: _____					
Updates on referrals: _____					
Immunizations dates, if initiated: Hep A: _____ Hep B: _____ HPV: _____ Td/Tdap: _____ Other: _____					

Treatment (if positive):	
<input type="checkbox"/> Medication instructions provided	<input type="checkbox"/> Disease information sheet provided

\*Substitute Azithromycin 1gm single dose for Doxycycline in pregnant patients.

Chlamydia Treatment			
Date	Time	Administered by	Medication
			<b>PREFERRED TREATMENT: Azithromycin 1gm, PO x 1 dose</b>
			Azithromycin allergy: Doxycycline 100mg bid x 7d

Gonorrhea Treatment			
Date	Time	Administered by	Medication
			<b>PREFERRED TREATMENT for patient less than 300lbs with CT excluded: Ceftriaxone 500mg IM x 1 dose</b>
			Patient 300lbs or greater with CT Excluded: Ceftriaxone 1gm IM
			Ceftriaxone allergy: Gentamycin 240 IM <b>PLUS</b> Azith 2gm po
			+GC when CT is <b>NOT</b> excluded for patient less than 300lbs: 500mg Ceftriaxone IM <b>PLUS</b> 100mg *Doxycycline po bid x 7 days
			+GC when CT is NOT excluded for patient 300lbs or greater: 1g Ceftriaxone IM <b>PLUS</b> 100mg *Doxycycline po bid x 7 days

Syphilis Treatment as instructed by CDU staff			
Date	Time	Administered by	Medication
			Primary, Secondary, and Early Latent: Benzathine penicillin G 2.4mu (two 1.2mu tubex) IM
			<b>Latent &gt;1 year: DOSE 1</b> Benzathine penicillin G 2.4mu (two 1.2mu tubex) IM x 3 doses at weekly intervals
			<b>Latent &gt;1 year: DOSE 2</b> Benzathine penicillin G 2.4mu (two 1.2mu tubex) IM x 3 doses at weekly intervals
			<b>Latent &gt;1 year: DOSE 3</b> Benzathine penicillin G 2.4mu (two 1.2mu tubex) IM x 3 doses at weekly intervals

HIV, Hepatitis B, Hepatitis C	
Referral made for: <input type="checkbox"/> HIV Care & Case Management <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Colorado Health Network for Hepatitis C treatment	

Partner Notification/Services	
Name: _____ DOB: _____	
Address: _____	
Email: _____ Phone number: _____	
Date of last exposure: _____ Partner notified: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date: _____	
Partner treated: <input type="checkbox"/> Yes, date and treatment provided: _____ <input type="checkbox"/> No, provide justification: _____	
EPT provided: <input type="checkbox"/> Yes, date and treatment provided: _____ <input type="checkbox"/> No, provide justification: _____	
Comments: _____	

Staff Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Partner Notification/Services - continued**

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_  
 Date of last exposure: \_\_\_\_\_ Partner notified:  Yes  No Date: \_\_\_\_\_  
 Partner treated:  Yes, date and treatment provided: \_\_\_\_\_  No, provide justification: \_\_\_\_\_  
 EPT provided:  Yes, date and treatment provided: \_\_\_\_\_  No, provide justification: \_\_\_\_\_  
 Comments: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_  
 Date of last exposure: \_\_\_\_\_ Partner notified:  Yes  No Date: \_\_\_\_\_  
 Partner treated:  Yes, date and treatment provided: \_\_\_\_\_  No, provide justification: \_\_\_\_\_  
 EPT provided:  Yes, date and treatment provided: \_\_\_\_\_  No, provide justification: \_\_\_\_\_  
 Comments: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_  
 Date of last exposure: \_\_\_\_\_ Partner notified:  Yes  No Date: \_\_\_\_\_  
 Partner treated:  Yes, date and treatment provided: \_\_\_\_\_  No, provide justification: \_\_\_\_\_  
 EPT provided:  Yes, date and treatment provided: \_\_\_\_\_  No, provide justification: \_\_\_\_\_  
 Comments: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_  
 Date of last exposure: \_\_\_\_\_ Partner notified:  Yes  No Date: \_\_\_\_\_  
 Partner treated:  Yes, date and treatment provided: \_\_\_\_\_  No, provide justification: \_\_\_\_\_  
 EPT provided:  Yes, date and treatment provided: \_\_\_\_\_  No, provide justification: \_\_\_\_\_  
 Comments: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_  
 Date of last exposure: \_\_\_\_\_ Partner notified:  Yes  No Date: \_\_\_\_\_  
 Partner treated:  Yes, date and treatment provided: \_\_\_\_\_  No, provide justification: \_\_\_\_\_  
 EPT provided:  Yes, date and treatment provided: \_\_\_\_\_  No, provide justification: \_\_\_\_\_  
 Comments: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_  
 Date of last exposure: \_\_\_\_\_ Partner notified:  Yes  No Date: \_\_\_\_\_  
 Partner treated:  Yes, date and treatment provided: \_\_\_\_\_  No, provide justification: \_\_\_\_\_  
 EPT provided:  Yes, date and treatment provided: \_\_\_\_\_  No, provide justification: \_\_\_\_\_  
 Comments: \_\_\_\_\_