

EVALUACIÓN DE RIESGO DE VIH

Fecha de hoy: _____ Nombre de la clínica: _____

Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Fecha de nac.:** _____ **Edad:** _____
Dirección física: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Otra dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____
Restricciones de contacto: _____

Raza (marcar todo lo que corresponda): 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
Sexo al nacer: Femenino Masculino
Identidad de género: Fem. Masc. 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: _____

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 baño: _____
 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

¿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:

¿Está embarazada? Posiblemente No sabe No Sí, fecha probable de parto: _____

Síntomas (marcar todo lo que corresponda): 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: _____

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

¿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

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

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

- Parejas anónimas Parejas conocidas por aplicaciones o Internet Conquistas en un bar Conquistas en una casa de baño
 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 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 No

Agrupación 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 No

Tatuaje 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 hogar
 Prisión: Antecedentes de prisión Actualmente en prisión

¿Le gustaría recibir información relacionada con prácticas sexuales seguras o prevención relacionada con fetiches? Sí No