

HRSA SPNS US/Mexico Border Health Initiative

Centro de Evaluación: US/Mexico Border Health Evaluation Center
San Ysidro Health Center, CA - El Rio Community Health Center, Tucson, AZ - Camino de
Vida, Las Cruces, NM - La Fe Clinic, El Paso, TX - Valley AIDS Council, Harlingen, TX

DEMOGRÁFICOS

A

Programa SPNS: Subse del proyecto: **Día de admisión: (MM/DD/AA)**
 / /

Número HRSA (número de identificación única):

1. Fecha de nacimiento: (MM/DD/AA)
 / /

2. Inscripción del cliente:
 pre-SPNS
 post-SPNS

3. Género (sexo):
 masculino
 femenino
 transgénero (M a F)
 transgénero (F a M)
 se negó a contestar
 no sabe

4. Orientación sexual:
 homosexual/lesbiana
 bisexual
 heterosexual
 no sabe
 prefiere no contestar

5. Raza: De respuesta para cada raza
 sí no blanca
 sí no Negra o afroamericana
 sí no Asitica
 sí no Nativa de Hawai o islas del Pacifico
 sí no Amerindia/Alasqueno
 sí no otra
 sí no no sabe

6. Grupo Hispano: ESCOJA SÓLO UNO
 Mexicano/Mexicoamericano
 Cubano
 Puertorriqueño
 Centroamericano
 Sudamericano
 Español, Portugués, Caboverdiano
 otro Caribeño
 otro Hispano
 no Hispano

7. Nivel de educación:
 no de edad escolar (< de 5 años) licenciatura de 2 años
 primaria o secundaria licenciatura universitaria 4 años
 certificación técnica maestría
 GED doctorado o título profesional
 bachillerato (preparatoria) no sabe

8. Años de estudio FUERA de los Estados Unidos:

9. Años de estudio en los Estados Unidos:

10. Número de personas que viven en su hogar:

11. Número de ADULTOS que actualmente cuida el cliente a diario:

12. Número de NIÑOS menores de 18 años que actualmente cuida el cliente a diario:

13. Número de niños diagnosticados con HIV (VIH) o SIDA:

14. Estado del HIV (VIH):
 HIV (VIH) positivo, no SIDA
 HIV (VIH) positivo, estado de SIDA desconocido
 SIDA según lo define el CDC
 HIV (VIH) negativo
 no sabe

15. Medio de contagio más probable:
 sexo entre hombres
 uso de drogas intravenosas
 sexo entre hombres y drogas inyectadas
 contacto heterosexual
 heterosexual y drogas inyectadas
 transfusión de sangre, componentes sanguíneos o tejido
 de madre a hijo
 otro

16. Código postal (ZIP):

17. Millas que le toma llegar al programa:

18. Fecha del DIAGNÓSTICO del HIV (VIH): (MM/DD/AA)
 / /
(Use el 15 del mes si no sabe el día exacto)

19. Forma o medio de cuidado médico:
 clínica de consulta externa o médico
 sala de emergencias
 ninguna
 no sabe

20. Principal seguro médico:
 privado
 Medicare *Sólo en los Estados Unidos*
 Medicaid *Sólo en los Estados Unidos*
 otro seguro del gobierno o público
 no asegurado(a)
 otro
 no sabe

21. Encarcelado(a)?
 sí
 no

(para obtener el número de millas multiplique por .621 la cantidad de kilómetros)

Por favor PASE A LA PÁGINA 2

Número HRSA (número de identificación única):

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

PÁGINA 2 DEMOGRÁFICOS

A

22. Estado de empleo:

- tiempo completo
- medio tiempo
- desempleado(a) en busca de empleo
- desempleado(a) no en busca de empleo
- incapacitado(a)
- trabajo de temporada
- trabajo por cuenta propia
- jubilado(a) retirado
- otro

23. Fuente/origen de ingreso:

RESPONDA A TODAS

- sí no TANF
- sí no beneficios por parte del trabajo
- sí no asistencia general del gobierno
- sí no seguro privado
- sí no Seguro Social (SS)
- sí no Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)
- sí no fondos estatales para discapacitados
- sí no salarios/sueldo
- sí no beneficios para veteranos (VA)
- sí no no tiene ingresos
- sí no no sabe
- sí no otro

24. Fuente de recomendación a atención de salud primaria:

- manejador(a) de casos
- promotores/as
- trabajador(a) de alcance
- centro de diagnóstico de HIV (VIH) (interno)
- centro de diagnóstico de HIV (VIH) (externo)
- clínica de enfermedades de transmisión sexual
- médico privado
- hospital (no sala de emergencias)
- sala de emergencias
- centro de salud comunitario u otro programa médico
- programa de salud mental
- banco de alimentos/centro comunitario
- personal jurídico/funcionario encargado de libertad condicional
- programa contra abuso de drogas
- otro programa de servicio social
- agencia de salud pública
- por su cuenta (platicando o le dijeron)
- familiares/amigos
- grupo de apoyo mutuo
- refugio/programa de vivienda
- otro

25. Ingreso del hogar: anual en dólares en

Estados Unidos solamente

(anote los números desde la derecha, sin comas ni puntos decimales)

\$

26. Necesidades y problemas actuales (inferidas):

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| salud mental | <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> no preguntó |
| abuso alcohol | <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> no preguntó |
| abuso drogas | <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> no preguntó |
| metadona | <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> no preguntó |
| sin hogar | <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> no preguntó |
| sistema penal | <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> no preguntó |
| comercio del sexo/prostitución | <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> no preguntó |
| bajos ingresos | <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> no preguntó |
| desempleo crónico | <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> no preguntó |
| transporte | <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> no preguntó |
| aislamiento rural | <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> no preguntó |
| enfermedad avanzada | <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> no preguntó |

27. Número de años en el área de la agencia:

--	--

28. Idioma de este cuestionario:

- Inglés
- Español

29. Método de transmisión de datos:

- papel (correo)
- fax o facsimil
- forma electrónica (internet)

30. Persona del staff:

--	--	--

Para mayor exactitud, por favor escriba en letras mayúsculas o números y evite tocar las esquinas del recuadro.

Lo siguiente le servirá de ejemplo:

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

