Acrobat Reader 4.x required! Click here or go to www.adobe.com to download.

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

HIV TESTING DEMOGRAPHICS (Spanish) 4

Programa SPNS: | Subsede del proyecto: | **Día de admisión: (MM/DD/AA)** / / | **Número HRSA (número de identificación única):**

Fuente de recomendación para hacerce la prueba del VIH: (ESCOJA SÓLO UNO)

- ○ SPNS trabajador(a) de alcance/promotores(as)
- ○ Trabajador de alcance (No-SPNS)
- ○ Médico privado
- ○ Cuidado Pre-Natal
- ○ Programa para personas drogadictas/que usan drogas
- ○ Personal jurídico/institución correcional
- ○ La Prensa (Periódico) Televisión/Radio
- ○ Pariente o Amigo
- ○ Por propia voluntad
- ○ Ninguna fuente de recomendación

Antes de su visita hoy día, ¿recibió el cliente/la clienta una tarjeta o cupón para referirle a hacerse la prueba del VIH?

○ sí ○ no ○ no sabe

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

2. Género (sexo):

- ○ masculino
- ○ femenino
- ○ transgénero (H a M)
- ○ transgénero (M a F)
- ○ se negó a contestar
- ○ no sabe

3. Orientación sexual:

- ○ homosexual/lesbiana
- ○ bisexual
- ○ heterosexual
- ○ no sabe
- ○ prefiere no contestar

4. Raza: De repuesta 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

5. Grupo Hispano: ESCOJA SÓLO UNO

- ○ Mexicano/Mexicoamericano
- ○ Cubano
- ○ Puertorriqueño
- ○ Centroamericano
- ○ Sudamericano
- ○ Español, Portugués, Caboverdiano
- ○ otro Caribeño
- ○ otro Hispano

6. Nivel de escolaridad:

- ○ no de edad escolar (< de 5 años)
- ○ primaria o secundaria
- ○ certificación técnica
- ○ GED
- ○ bachillerato (preparatoria)
- ○ licenciatura de 2 años
- ○ licenciatura universitaria 4 años
- ○ maestría
- ○ doctorado o título profesional
- ○ no sabe

7. Número de personas que viven en su hogar:

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

9. Historia de uso de droga y/o alcohol:

Número de veces que usó una droga illícita durante los últimos 6 meses

Número de veces que usó alcohol durante los últimos 6 meses

10. 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

11. Forma o medio de cuidado médico:

- ○ clínica de consulta externa o médico
- ○ sala de emergencias
- ○ ninguna
- ○ no sabe

12. Principal seguro médico: *Sólamente en los Estados Unidos*

- ○ privado
- ○ Medicare
- ○ Medicaid
- ○ otro seguro del gobierno o público
- ○ no asegurado(a)
- ○ otro
- ○ no sabe

13. Código postal (ZIP):

1460594931

Pagina nueva

Otro raza:

Otro seguro medico:

Otro groupo Hispano: