

Formulario Aprobado
OMB No. 0920-Nueva
Fecha de Vencimiento XX/XX/XXXX

Evaluación de una intervención integral del VIH basados en las clínicas para mejorar la salud de los pacientes y reducir el riesgo de transmisión

Screeners conductual Paciente

Appendix 5: Patient Behavioral Screener (Spanish)

La carga pública de esta recopilación de información se estima en un promedio de 5 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control OMB válido. Envíe sus comentarios sobre el estimado del tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga a los CDC / ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333, A la atención de: OMB-PRA (0920-Nueva)

Nombre: (o etiqueta)

Fecha:

Con el objeto de que le podamos brindar la mejor atención médica posible, por favor tome unos minutos para responder las siguientes preguntas. Algunas son personales, pero sus respuestas nos ayudarán a atenderlo. **Solo verá sus respuestas su proveedor de atención médica.**

1. ¿Está usted tomando actualmente algún medicamento para tratar su infección por el VIH? A estos también se les llama medicamentos antirretrovirales.

Sí (**Si la respuesta es Sí, pase a la pregunta 2**)

No

Si la respuesta es “NO”, ¿le interesaría hablar con su médico acerca de comenzar a tomar medicamentos contra el VIH?

Sí (**Pase a la pregunta 3**)

No (**Pase a la pregunta 3**)

2. Durante los últimos 30 días, ¿qué tanto tomó de sus medicamentos contra el VIH?

NINGUNO de mis medicamentos contra el VIH

MUY POCOS de mis medicamentos contra el VIH

Alrededor de LA MITAD de mis medicamentos contra el VIH

LA MAYOR PARTE de mis medicamentos contra el VIH

TODOS mis medicamentos contra el VIH

3. ¿Qué tan importante es para usted venir a todas sus citas de atención médica para el VIH?

Muy importante

Moderadamente importante

Algo importante

Nada importante

4. En los últimos 3 meses, ¿tuvo relaciones sexuales con alguien?

No (**Si la respuesta es No, pase a la pregunta 7**)

Sí

5. En los últimos 3 meses, ¿con cuántas personas tuvo relaciones sexuales?

1 persona

2 personas

3 a 5 personas

más de 5 personas

6. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido nuevas parejas sexuales?

No

Sí

7. En los últimos 3 meses, ¿se ha inyectado alguna droga para divertirse o para sentirse bien?

No

Sí

8. En los últimos 3 meses, ¿ha consumido alguna otra droga para divertirse o para sentirse bien?

No

Sí

9. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia tomó cinco o más bebidas alcohólicas en un solo día?

Nunca

1 o 2 veces

Casi todos los meses

Casi todas las semanas

Casi todos los días

10. ¿Con qué frecuencia en las últimas 2 semanas sintió poco interés o placer al hacer cosas?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

11. ¿Con qué frecuencia en las últimas 2 semanas se sintió desanimado, deprimido o sin esperanza?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días