

Formulario aprobado
OMB N.º 0920-Nuevo
Fecha de vencimiento xx/xx/XXXX

HIV prevention among Latina transgender women who have sex with men:
Evaluation of a locally developed intervention

Attachment 4d
ChiCAS Questionnaire Spanish

HIV Prevention among Latina Transgender Women: Evaluation of a Locally Developed Intervention

Baseline and Follow-up Assessment Questionnaire

(NOTE: The Spanish version of the baseline assessment will be used in the proposed study; the English version is included solely for purposes of review.)

Fecha:	
Entrevistadora:	
Número de identificación de la participante:	
Lugar y ciudad donde se realiza la entrevista:	
Hora de inicio de la entrevista:	
Hora del término de la entrevista:	

Declaración de la Ley de Privacidad

Esta información es recopilada bajo la autoridad del Public Health Service Act, (Ley de Administración Pública), Sección 301, "Research and Investigation" (Investigación) (42 U.S.C.241); y las Secciones 304, 306 y 308 (d), que se refieren a la autoridad de mantener información y proveer privacidad para la investigación de salud y actividades relacionadas (42 U.S.C.242 b, k, and m (d)). Esta información está también siendo recopilada conjuntamente con las disposiciones del Government Paperwork Elimination Act (Ley Gubernamental de Eliminación de Trámites) y el Paperwork Reduction Act (ARA) (Ley de Reducción de Trámites). Esta información será usada solamente por el personal de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para evaluar la eficacia de ChiCAS, la intervención de prevención de VIH para mujeres transgénero latinas desarrollada localmente.

La carga pública de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 60 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-Nuevo).

Una vez más, gracias por su tiempo y participación en este cuestionario. Por favor recuerde que cuando conteste las preguntas, es muy importante contestar con la verdad. Algunos de los temas serán muy personales. Preguntas referentes a su consumo de alcohol y drogas, salud, comportamientos sexuales y sentimientos de discriminación, para citar algunos ejemplos, pueden ser incómodas para usted, pero es importante que sea sincera.

Recuerde, toda la información obtenida en esta evaluación será mantenida privada. Yo soy una profesional entrenada y respetaré lo que usted me haya confiado. No haré juicios sobre usted o sus respuestas. No contaré a nadie sobre lo que hemos hablado hoy día y sus respuestas no podrán ser identificadas. Su nombre será retirado del cuestionario de modo que otros no sabrán sus respuestas.

Además, no hay respuestas correctas o incorrectas y confiamos en usted y su honestidad. La información que usted provea hará que este estudio cumpla con la calidad requerida. Nos ayudará a entender de forma general qué está sucediendo en las vidas de las personas como usted y las necesidades de la comunidad. Esto ayudará a crear oportunidades para nuevos proyectos orientados a las necesidades de estas comunidades. Nos ayudará a mejorar la calidad de vida de personas como usted. En pocas palabras, nos ayudará a prevenir el VIH, y apoyar el acceso a terapia hormonal. Sus honestas respuestas pueden ayudar a salvar vidas.

Gracias por su participación. Para empezar, tengo algunas preguntas para usted.

1) ¿Cuál de éstos describe mejor su grupo étnico?	<input type="checkbox"/> ₁ Hispano o latino <input type="checkbox"/> ₀ No hispano o latino <i>[Si no es hispano o latino, vaya al final de la evaluación, ítem 134]</i>
2) ¿Cuántos años tiene?	_____ años de edad <i>[Si es menor de 18 años, vaya al final de la evaluación, ítem 134]</i>
3) ¿En qué idioma considera que tiene fluidez?	<input type="checkbox"/> ₁ Solamente español <input type="checkbox"/> ₂ Más español que inglés <input type="checkbox"/> ₃ Ambos igualmente <input type="checkbox"/> ₄ Más inglés que español <i>[Si más inglés que español, vaya al final de la evaluación, ítem 134]</i> <input type="checkbox"/> ₅ Solamente inglés

	<i>[Si solamente inglés, vaya al final de la evaluación, ítem 134]</i>
4) ¿Qué sexo aparece en su acta de nacimiento original?	<input type="checkbox"/> ₀ Masculino <input type="checkbox"/> ₁ Femenino <i>[Si contestó “femenino”, vaya al final de la evaluación ítem 134]</i>
5) ¿Cómo describe su identidad de género?	<input type="checkbox"/> ₀ Masculino <input type="checkbox"/> ₁ Femenino <input type="checkbox"/> ₂ Transgénero de masculino a femenino (MAF) <input type="checkbox"/> ₃ Transgénero de femenino a masculino (FAM) <input type="checkbox"/> ₄ Otra identidad de género (especifique): _____ <i>[Si contestó “masculino”, “transgénero de femenino a masculino” u otra categoría específica que indica que se identifica como masculino, vaya al final de la evaluación, ítem 134]</i>
6) ¿Cuál fue el resultado de su prueba de VIH más reciente?	<input type="checkbox"/> ₀ Positivo <i>[Si contestó “positivo”, vaya al final de la evaluación, ítem 134]</i> <input type="checkbox"/> ₁ Negativo <input type="checkbox"/> ₂ No sé <input type="checkbox"/> ₃ Indeterminado <input type="checkbox"/> ₄ Nunca se hizo la prueba
7) En los últimos 6 meses ¿ha tenido relaciones sexuales con un hombre al menos una vez?	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí <i>[Si contestó no, vaya al final de la evaluación, ítem 134]</i>

SALUD GENERAL Y ACCESO A ATENCIÓN MÉDICA

Las siguientes preguntas se refieren a su salud general y a su acceso a atención médica. Hacemos esta pregunta a todas para tener una idea de cómo usted percibe su salud.

8) Comparada con otras personas de su edad, usted diría que su salud es...	<input type="checkbox"/> ₁ Excelente <input type="checkbox"/> ₂ Muy buena <input type="checkbox"/> ₃ Buena <input type="checkbox"/> ₄ Aceptable <input type="checkbox"/> ₅ Pobre
9) ¿Cuándo fue la vez más reciente que visitó a un proveedor de salud, tal como un médico o una enfermera en los Estados Unidos, para un chequeo de rutina, un examen físico de rutina o algo similar, <u>sin</u> incluir visitas al Servicio de Emergencias?	<input type="checkbox"/> ₀ Nunca <input type="checkbox"/> ₁ En los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> ₂ En el último año <input type="checkbox"/> ₃ Hace 1-2 años <input type="checkbox"/> ₄ Hace más de 2 años

10) ¿Cuándo fue la vez mas reciente que visitó a un proveedor de salud, tal como un médico o una enfermera <u>en los Estados Unidos</u> , para terapia hormonal para feminización?	<input type="checkbox"/> ₀ Nunca <input type="checkbox"/> ₁ En los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> ₂ En el último año <input type="checkbox"/> ₃ Hace 1-2 años <input type="checkbox"/> ₄ Hace más de 2 años
11) ¿Cuándo fue la vez más reciente que visitó a un proveedor de salud, tal como un médico o una enfermera <u>en otro país</u> , para solicitar ayuda con terapia hormonal para feminización?	<input type="checkbox"/> ₀ Nunca <input type="checkbox"/> ₁ En los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> ₂ En el último año <input type="checkbox"/> ₃ Hace 1-2 años <input type="checkbox"/> ₄ Hace más de 2 años
12) ¿En qué país?	

BARRERAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

¿Algunas de las siguientes razones le impidieron buscar u obtener atención médica general en los Estados Unidos en los últimos 12 meses?	
13A) No tenía seguro de salud.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
13B) La clínica, el departamento de salud o el hospital quedaban muy lejos.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
13C) No tenía transporte.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
13D) No podía tomar un tiempo durante su horario de trabajo.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
13E) La clínica, el departamento de salud o el hospital no estaban abiertos cuando usted podía ir.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
13F) El personal y los proveedores de salud no hablaban su idioma.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
13G) No estaba segura adónde ir para los servicios que necesitaba.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
13H) Tomaba demasiado tiempo conseguir una cita.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
13I) En visitas anteriores tomó demasiado tiempo ser vista por el médico.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
13J) Sentía que no la tratarían de buena manera.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
13K) No sabía si era elegible para recibir servicios.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
13L) Le preocupaba que otras personas se enteraran sobre su salud.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
13M) Pensaba que la factura médica sería demasiado alta.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí

ACULTURACIÓN

La siguiente sección es sobre el idioma y cómo usted prefiere comunicarse.

14A) En general, ¿qué idioma(s) lee y habla?	<input type="checkbox"/> ₁ Solamente español <input type="checkbox"/> ₂ Más español que inglés <input type="checkbox"/> ₃ Ambos igualmente <input type="checkbox"/> ₄ Más inglés que español <input type="checkbox"/> ₅ Solamente inglés <input type="checkbox"/> ₆ Otro idioma, por favor especifique: _____
14B) ¿Cuál era el idioma(s) que hablaba en su niñez?	<input type="checkbox"/> ₁ Solamente español <input type="checkbox"/> ₂ Más español que inglés <input type="checkbox"/> ₃ Ambos igualmente <input type="checkbox"/> ₄ Más inglés que español <input type="checkbox"/> ₅ Solamente inglés <input type="checkbox"/> ₆ Otro idioma, por favor especifique: _____
14C) ¿Qué idioma(s) habla usualmente en casa?	<input type="checkbox"/> ₁ Solamente español <input type="checkbox"/> ₂ Más español que inglés <input type="checkbox"/> ₃ Ambos igualmente <input type="checkbox"/> ₄ Más inglés que español <input type="checkbox"/> ₅ Solamente inglés <input type="checkbox"/> ₆ Otro idioma, por favor especifique: _____
14D) ¿En qué idioma(s) piensa usualmente?	<input type="checkbox"/> ₁ Solamente español <input type="checkbox"/> ₂ Más español que inglés <input type="checkbox"/> ₃ Ambos igualmente <input type="checkbox"/> ₄ Más inglés que español <input type="checkbox"/> ₅ Solamente inglés <input type="checkbox"/> ₆ Otro idioma, por favor especifique: _____
14E) ¿En qué idioma(s) habla usualmente con sus amigos?	<input type="checkbox"/> ₁ Solamente español <input type="checkbox"/> ₂ Más español que inglés <input type="checkbox"/> ₃ Ambos igualmente <input type="checkbox"/> ₄ Más inglés que español <input type="checkbox"/> ₅ Solamente inglés <input type="checkbox"/> ₆ Otro idioma, por favor especifique: _____
14F) ¿En qué idioma (s) son los programas de TV que usualmente ve?	<input type="checkbox"/> ₁ Solamente español <input type="checkbox"/> ₂ Más español que inglés <input type="checkbox"/> ₃ Ambos igualmente <input type="checkbox"/> ₄ Más inglés que español <input type="checkbox"/> ₅ Solamente inglés <input type="checkbox"/> ₆ Otro idioma, por favor especifique: _____
14G) ¿En qué idioma(s) son los programas de radio que usualmente escucha?	<input type="checkbox"/> ₁ Solamente español <input type="checkbox"/> ₂ Más español que inglés <input type="checkbox"/> ₃ Ambos igualmente <input type="checkbox"/> ₄ Más inglés que español

	<input type="checkbox"/> ₅ Solamente inglés <input type="checkbox"/> ₆ Otro idioma, por favor especifique: _____
14H) En general, ¿en qué idioma(s) son las películas, TV y programas de radio que prefiere ver y escuchar?	<input type="checkbox"/> ₁ Solamente español <input type="checkbox"/> ₂ Más español que inglés <input type="checkbox"/> ₃ Ambos igualmente <input type="checkbox"/> ₄ Más inglés que español <input type="checkbox"/> ₅ Solamente inglés <input type="checkbox"/> ₆ Otro idioma, por favor especifique: _____
14I) Sus amigos más cercanos son...	<input type="checkbox"/> ₁ Todos latinos/hispanos <input type="checkbox"/> ₂ Más latinos que americanos <input type="checkbox"/> ₃ Más o menos mitad y mitad <input type="checkbox"/> ₄ Más americanos que latinos <input type="checkbox"/> ₅ Todos americanos <input type="checkbox"/> ₆ Otro, por favor especifique: _____
14J) Prefiere ir a reuniones sociales/fiestas donde la gente es...	<input type="checkbox"/> ₁ Todos latinos/hispanos <input type="checkbox"/> ₂ Más latinos que americanos <input type="checkbox"/> ₃ Más o menos mitad y mitad <input type="checkbox"/> ₄ Más americanos que latinos <input type="checkbox"/> ₅ Todos americanos <input type="checkbox"/> ₆ Otro, por favor especifique: _____
14K) Las personas que usted visita o que le visitan son...	<input type="checkbox"/> ₁ Todos latinos/hispanos <input type="checkbox"/> ₂ Más latinos que americanos <input type="checkbox"/> ₃ Más o menos mitad y mitad <input type="checkbox"/> ₄ Más americanos que latinos <input type="checkbox"/> ₅ Todos americanos <input type="checkbox"/> ₆ Otro, por favor especifique: _____
14L) Si pudiera escoger a los amigos de sus hijos, usted quisiera que ellos fueran...	<input type="checkbox"/> ₁ Todos latinos/hispanos <input type="checkbox"/> ₂ Más latinos que americanos <input type="checkbox"/> ₃ Más o menos mitad y mitad <input type="checkbox"/> ₄ Más americanos que latinos <input type="checkbox"/> ₅ Todos americanos <input type="checkbox"/> ₆ Otro, por favor especifique: _____

USO DE TERAPIA HORMONAL

Le quiero preguntar un poco sobre el uso de servicios relacionados con la transición, tales como terapia hormonal. Recuerde que sus respuestas están seguras conmigo. Yo no diré a nadie sobre lo que hemos hablado hoy y esta información nos ayudará a planear futuros proyectos potenciales.

15) ¿ <u>Alguna vez</u> ha usado hormonas para feminización?	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí <i>[Si la respuesta es no, vaya a 21A]</i>
16) ¿ <u>Actualmente</u> está usando hormonas para feminización?	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
17) ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que empezó a usar hormonas para feminización?	<p>_____</p> <p>Mes/año</p>
18) La <u>primera vez</u> que empezó a usar hormonas para feminización, ¿dónde las consiguió?	<input type="checkbox"/> ₁ Tienda en los Estados Unidos <input type="checkbox"/> ₂ Tienda en su país de origen <input type="checkbox"/> ₃ Mercado de pulgas en los Estados Unidos <input type="checkbox"/> ₄ Mercado de pulgas en su país de origen <input type="checkbox"/> ₅ Curandero tradicional (p. ej. botánico o huesero) en los Estados Unidos <input type="checkbox"/> ₆ Curandero tradicional (p. ej. botánico o huesero) en su país de origen <input type="checkbox"/> ₇ Amigos en los Estados Unidos <input type="checkbox"/> ₈ Amigos en su país de origen <input type="checkbox"/> ₉ Familia en los Estados Unidos <input type="checkbox"/> ₁₀ Familia en su país de origen <input type="checkbox"/> ₁₁ El internet <input type="checkbox"/> ₁₂ Un médico o enfermera en los Estados Unidos se las recetó y usted las obtuvo en una farmacia <input type="checkbox"/> ₁₃ Un médico o enfermera en su país de origen se las recetó y usted las obtuvo en una farmacia <input type="checkbox"/> ₁₄ Otro, por favor especifique: _____
19) ¿Cuándo consiguió sus <u>más recientes</u> hormonas para feminización?	<p>_____</p> <p>Mes/año</p>
20A) ¿Dónde consiguió sus <u>más recientes</u> hormonas para feminización?	<input type="checkbox"/> ₁ Tienda en los Estados Unidos <input type="checkbox"/> ₂ Tienda en su país de origen <input type="checkbox"/> ₃ Mercado de pulgas en los Estados Unidos <input type="checkbox"/> ₄ Mercado de pulgas en su país de origen <input type="checkbox"/> ₅ Curandero tradicional (p. ej. botánico o huesero) en los Estados Unidos <input type="checkbox"/> ₆ Curandero tradicional (p. ej. botánico o huesero) en su país de origen <input type="checkbox"/> ₇ Amigos en los Estados Unidos <input type="checkbox"/> ₈ Amigos en su país de origen <input type="checkbox"/> ₉ Familia en los Estados Unidos <input type="checkbox"/> ₁₀ Familia en su país de origen <input type="checkbox"/> ₁₁ El internet <input type="checkbox"/> ₁₂ Un médico o enfermera en los Estados Unidos se las recetó y usted las obtuvo en una farmacia <input type="checkbox"/> ₁₃ Un médico o enfermera en su país de origen se las recetó y usted las obtuvo en una farmacia <input type="checkbox"/> ₁₄ Otro, por favor especifique: _____

<p>20B) ¿Dónde fue para que le dieran su receta <u>más reciente</u>?</p>	<p><input type="checkbox"/>₉₉ No obtuve hormonas recetadas por un médico o enfermera en los Estados Unidos.</p> <p>Nombre del lugar y del proveedor médico:</p> <p>Dirección:</p> <p>Ciudad:</p> <p>Estado:</p> <p>Código postal:</p>
<p>20C) ¿Qué farmacia usó para que le dieran su receta <u>más reciente</u>?</p>	<p><input type="checkbox"/>₉₉ No obtuve hormonas recetadas por un médico o enfermera en los Estados Unidos.</p> <p>Nombre:</p> <p>Dirección:</p> <p>Ciudad:</p> <p>Estado:</p> <p>Código postal:</p>

CONOCIMIENTO DE TERAPIA HORMONAL

Por favor, dígame si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas, pero no se preocupe si no sabe alguna respuesta; también me puede decir que no la sabe.	Falso	Verdadero	No sé
21A) Solamente un médico o enfermera pueden determinar la terapia hormonal apropiada y la dosis.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
21B) Las mujeres transgénero que están tomando hormonas deberían tener chequeos periódicos con un médico o una enfermera.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
21C) Es peligroso usar hormonas sin supervisión de un médico o una enfermera.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
21D) Las hormonas que se obtienen de una tienda, del internet o de algún(a) amigo(a) son seguras para usar.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
21E) Usar hormonas para fines diferentes de los recetados por el médico o enfermera pueden causar daños a los riñones, hígado y corazón y pueden aumentar el riesgo de contraer diabetes.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
21F) Tomar hormonas cambia el tamaño de tu “manzana de Adán”.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
21G) Tomar hormonas elimina completamente el vello facial.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
21H) Hay lugares en Carolina del Norte que ofrecen terapia hormonal supervisada a costo reducido para mujeres transgénero sin seguro médico.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
21I) Una receta para terapia hormonal debe ser obtenida de un médico o una enfermera.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈

DISPOSICIÓN PARA EL USO DE HORMONAS BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA

	Nada probable	Un poco probable	Moderadamente probable	Muy probable	Extremadamente probable	Ya estoy usando terapia hormonal supervisada por un médico
22) ¿Qué tan probable es que usted inicie terapia hormonal supervisada por un médico o una enfermera en los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉ <i>[Vaya a 26A]</i>
23) ¿Está pensando iniciar terapia hormonal supervisada por un médico en los próximos 6 meses?						<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
24) ¿Está pensando iniciar terapia hormonal supervisada por un médico en los próximos 30 días?						<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
25) ¿Ha hecho una cita con un médico o en una clínica para obtener terapia hormonal supervisada por un médico?						<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí

BARRERAS PARA EL USO DE TERAPIA HORMONAL BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA

¿Algunas de las siguientes razones le impidieron buscar u obtener terapia hormonal bajo supervisión médica en los Estados Unidos en los últimos 12 meses?	
26A) No tenía seguro de salud.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
26B) La clínica, el departamento de salud o el hospital quedaban muy lejos.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
26C) No tenía transporte.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
26D) No podía tomar un tiempo durante su horario de trabajo.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
26E) La clínica, el departamento de salud o el hospital no estaban abiertos cuando usted podía ir.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
26F) El personal y los proveedores de salud no hablaban su idioma.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
26G) No estaba segura adónde ir para recibir terapia hormonal bajo supervisión médica.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
26H) Tomaba demasiado tiempo conseguir una cita.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
26I) En visitas anteriores tomó demasiado tiempo para ser vista por el médico.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
26J) Sentía que no la tratarían de buena manera.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
26K) No sabía si era elegible para recibir servicios.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
26L) Le preocupaba que otras personas se enteraran sobre su salud.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
26M) Pensaba que la factura médica sería demasiado alta.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí

ACCESO A TERAPIA HORMONAL BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA

27) Si usted quisiera saber más sobre hormonas para feminización, ¿dónde iría?		<input type="checkbox"/> ₈₈ No sé
28) Si usted quisiera una receta para obtener hormonas para feminización, ¿dónde iría?		<input type="checkbox"/> ₈₈ No sé

CONOCIMIENTO DE VIH

Me gustaría preguntarle sobre lo que sabe del VIH. Responder tan honestamente como le sea posible contribuirá a que éste y otros proyectos futuros cumplan con satisfacer las necesidades de salud de latinas como usted.

Por favor, dígame si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

	Falso	Verdadero	No sé
29A) El VIH es un virus que causa el SIDA.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29B) Toser y estornudar no propagan el VIH.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29C) Una persona puede infectarse con el VIH si comparte un vaso de agua con alguien que tiene el VIH.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29D) Ducharse, hacerse una ducha vaginal o lavarse los genitales o partes íntimas después de tener sexo impide que una persona se infecte con el VIH.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29E) Si un hombre se ve bien, no tiene el VIH.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29F) Todas las mujeres embarazadas infectadas con el VIH tendrán bebés infectados con el VIH.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29G) Todas las personas que han sido infectadas con el VIH rápidamente muestran signos físicos de estar infectadas.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29H) Estoy a salvo del VIH si tengo sexo sin protección solamente con hombres casados.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29I) Hay una vacuna que impide que los adultos se infecten con el VIH.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29J) Un condón de piel de animal funciona mejor contra el VIH que uno de látex.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29K) Una persona no se contagiará con el VIH si él o ella está tomando antibióticos.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29L) La vaselina y el aceite para bebés son productos que deben ser usados con condones de látex.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29M) Hay cura para el VIH.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29N) Los latinos en los EEUU tienen más altos índices de infección por el VIH que los blancos.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29O) Durante el sexo anal, el “top” (el que penetra) no está en riesgo de contraer el VIH.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29P) El sureste de los EEUU tiene los índices más altos de infecciones por el VIH que otras regiones de los EEUU.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29Q) Carolina del Norte tiene una de las más rápidas tasas de infección por VIH en los Estados Unidos.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈

29R) Carolina del Norte se encuentra entre los 10 estados de los Estados Unidos que encabezan nuevas diagnósis de VIH.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
29S) Las mujeres transgénero tienen más altos índices de VIH que la población en general.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈

CONOCIMIENTO SOBRE ETS

A continuación, hay unas cuantas afirmaciones sobre enfermedades de transmisión sexual, también conocidas como ETS.

Por favor dígame si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

	Falso	Verdadero	No sé
30A) Alguien infectado con una ETS siempre desarrollará síntomas en el transcurso de dos meses.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30B) Hay una vacuna que previene la Hepatitis B.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30C) Es posible auto diagnosticarse para saber si uno está infectado con una ETS.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30D) La infertilidad femenina puede resultar como consecuencia de una ETS no tratada.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30E) Las personas que tienen otra ETS, como herpes, clamidia o gonorrea tienen mayor riesgo de contraer el VIH.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30F) Las personas infectadas con herpes genital (Herpes Simplex Virus-tipo 2) pueden pasar la infección a alguien solamente durante el tiempo en que tienen ampollas o llagas en el área genital.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30G) El contacto sexual oral-anal (“rimming”) puede provocar una infección de hepatitis A.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30H) La clamidia es la ETS de origen bacteriano más común en los EEUU.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30I) Hay una ETS que puede causar cáncer.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30J) Las verrugas genitales no pueden ser transmitidas siempre y cuando se usen condones.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30K) Ardor al orinar es un síntoma de gonorrea.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30L) Recibí tratamiento para una ETS, por lo tanto ahora no puedo contagiarme otra vez de esa enfermedad.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30M) Si alguien está siendo tratado por VIH, no puede contagiarse con una ETS.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30N) Solamente aquellas personas con muchas parejas están en riesgo de infectarse con una ETS.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
30O) La infección con sífilis en Carolina del Norte está en aumento entre hombres que tienen sexo con hombres.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈

PrEP

Una manera de prevenir la infección por VIH es usando un medicamento llamado PrEP.

PrEP significa profilaxis previa a la exposición.	
31) ¿Ha escuchado de PrEP?	<input type="checkbox"/> _0 No <input type="checkbox"/> _1 Sí
32) ¿ <u>Actualmente</u> está tomando PrEP?	<input type="checkbox"/> _0 No <input type="checkbox"/> _1 Sí <i>[Si no, vaya a 38]</i>
33) ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que empezó a usar PrEP?	_____ Mes/año
34) Cuándo empezó a usar PrEP por <u>primera vez</u> , ¿adónde fue para que se la recetaran?	Nombre del lugar y del proveedor médico: Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:
35) ¿Adónde fue para que se la recetaran la <u>vez más reciente</u> ?	Nombre del lugar y del proveedor médico: Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:
36) ¿Qué farmacia usó para que le dieran PrEP con receta <u>la vez más reciente</u> ?	Nombre del lugar y del proveedor médico: Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:
37) En los últimos siete días, ¿Cuántos días <u>no</u> tomó PrEP?	[Poner el número aquí:] _____ <input type="checkbox"/> _0 Tomé PrEP tal como se me recetó
38) En una escala del 0 al 10, siendo 0 no saber nada en absoluto y 10 saber mucho, ¿cuánto sabe sobre PrEP, diría usted?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Nada en absoluto) (Mucho)

CONOCIMIENTO SOBRE PrEP

Por favor, dígame si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas, pero no se preocupe si no sabe alguna respuesta; también me puede decir que no la sabe.	Falso	Verdadero	No sé
--	-------	-----------	-------

39A) PrEP puede reducir las posibilidades de infectarse con VIH en aquellos que no están infectados con VIH.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88
39B) El medicamento que actualmente está aprobado para usarse como PrEP se llama Truvada.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88
39C) Si se toma todos los días tal como lo ordenó el médico, PrEP puede ser efectiva al 99% para evitar la infección por VIH.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88
39D) PrEP protege contra otras ETS.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88
39E) PrEP es una cura para el VIH.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88
39F) La mayoría de personas que toma PrEP reporta efectos secundarios.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88
39G) Se puede tomar PrEP con la comida.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88
39H) Alguien que tiene VIH debería tomar PrEP.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88
39I) PrEP interactúa con las hormonas femeninas que algunas mujeres transgénero toman o piensan tomar.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88
39J) Para que el PrEP sea efectivo, se debe tomar todos los días.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88
39K) Se debe obtener una receta para PrEP del médico o de la enfermera.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88
39L) Solamente una farmacia puede proveer PrEP.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88
39M) No hay sitios disponibles donde se pueda obtener PrEP en la comunidad local.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88

DISPOSICIÓN PARA PrEP

	Nada probable	Un poco probable	Moderadamente probable	Muy probable	Extremadamente probable	Ya estoy usando PrEP
40) ¿Qué tan probable es que usted empiece a usar PrEP?	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _6 <i>[Vaya a 44A]</i>

41) ¿Está pensando comenzar a tomar PrEP en los próximos 6 meses?	<input type="checkbox"/> _0 No	<input type="checkbox"/> _1 Sí
42) ¿Está pensando comenzar a tomar PrEP en los próximos 30 días?	<input type="checkbox"/> _0 No	<input type="checkbox"/> _1 Sí
43) ¿Ha hecho una cita con un médico o en una clínica para que le receten PrEP?	<input type="checkbox"/> _0 No	<input type="checkbox"/> _1 Sí

BARRERAS PARA PrEP

¿Alguna de las siguientes razones le impidieron buscar u obtener PrEP en los Estados Unidos en los últimos 12 meses?	
44A) No tenía seguro de salud.	<input type="checkbox"/> _0 No <input type="checkbox"/> _1 Sí
44B) La clínica, el departamento de salud o el hospital quedaban muy lejos.	<input type="checkbox"/> _0 No <input type="checkbox"/> _1 Sí
44C) No tenía transporte.	<input type="checkbox"/> _0 No <input type="checkbox"/> _1 Sí

44D) No podía tomar un tiempo durante su horario de trabajo.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
44E) La clínica, el departamento de salud o el hospital no estaban abiertos cuando usted podía ir.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
44F) El personal y los proveedores de salud no hablaban su idioma.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
44G) No estaba segura adónde ir para conseguir PrEP.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
44H) Tomaba demasiado tiempo conseguir una cita.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
44I) En visitas anteriores tomó demasiado tiempo para ser vista por el médico.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
44J) Sentía que no la tratarían de buena manera.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
44K) No sabía si era elegible para recibir servicios.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
44L) Le preocupaba que otras personas se enteraran sobre su salud.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
44M) Pensaba que la factura médica sería demasiado alta.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí

ACCESO A PrEP

45) Si quisiera saber más sobre PrEP, ¿adónde iría?	<input type="checkbox"/> ₈₈ No sé
46) Si quisiera que le recetaran PrEP, ¿adónde iría?	<input type="checkbox"/> ₈₈ No sé

CONFIANZA Y COMUNICACIÓN CON EL PROVEEDOR DE SALUD

Pensando en los médicos en general, por favor dígame hasta qué punto usted está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

	Completam ente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completam ente de acuerdo
47A) A veces los médicos se preocupan más sobre lo que es más conveniente para ellos que sobre las necesidades de salud de sus pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
47B) Los médicos son extremadamente minuciosos y cuidadosos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
47C) Tengo plena confianza en las decisiones de los médicos en cuanto a cuáles tratamientos médicos son los mejores.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
47D) Un médico nunca me engañaría sobre nada.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
47E) Considerando todo, confío en los médicos completamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
48A) Cuando ya todo ha sido dicho y hecho, yo soy la persona responsable para controlar mi salud.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

48B) Tomar un rol activo en mi propio cuidado de salud es el factor más importante que determina mi salud y capacidad para funcionar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48C) Confío en poder tomar acciones que ayudarán a prevenir o minimizar algunos de los síntomas o problemas asociados con mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48D) Sé el efecto que hace cada una de mis medicinas recetadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48E) Confío poder decir cuándo necesito atención médica y cuándo puedo hacerme cargo yo sola de un problema de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48F) Confío poder contarle a mi proveedor de salud las preocupaciones que tengo, incluso cuando él o ella no pregunten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48G) Confío poder cumplir en casa los tratamientos médicos que necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48H) Entiendo mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48I) Conozco las diferentes opciones de tratamientos médicos disponibles para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48J) He sido capaz de mantener los cambios de estilo de vida que he hecho para mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48K) Sé cómo prevenir problemas con mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48L) Confío poder encontrar soluciones cuando se presenten problemas o situaciones con mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48M) Confío poder mantener cambios en mi estilo de vida incluso durante momentos de estrés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IDENTIDAD SEXUAL

Ahora le haré unas cuantas preguntas más sobre sexo y comportamientos sexuales. Recuerde que sus respuestas son privadas y no tiene que responder ninguna pregunta con la que no se sienta cómoda. Sea honesta solamente.

Estas preguntas nos ayudan a entender los comportamientos y las necesidades de las mujeres latinas como usted.

49) ¿Cuáles de los siguientes términos representa mejor la manera cómo usted se identifica?	<input type="checkbox"/> ₀ Gay (lesbiana o gay) <input type="checkbox"/> ₁ Heterosexual / Straight, no gay (o lesbiana o gay) <input type="checkbox"/> ₂ Bisexual <input type="checkbox"/> ₃ Algo diferente <input type="checkbox"/> ₄ No sé la respuesta
50) ¿Cuál es su situación <u>actual</u> respecto a su relación de pareja?	<input type="checkbox"/> ₁ Soltera y no estoy saliendo con ninguna persona especial <i>[Vaya a 52]</i> <input type="checkbox"/> ₂ Estoy saliendo con alguien especial y tengo sexo con otras personas también <input type="checkbox"/> ₃ Estoy saliendo con alguien especial y no tengo sexo con otras personas <input type="checkbox"/> ₄ Tengo pareja o estoy casada, y tengo sexo con otras personas también

	<input type="checkbox"/> ₅ Tengo pareja o estoy casada y no tengo sexo con otras personas
51) Si está saliendo con alguien, tiene pareja o está casada, ¿cuál es el género de la persona?	<input type="checkbox"/> ₀ Mujer <input type="checkbox"/> ₁ Hombre <input type="checkbox"/> ₂ Transgénero de masculino a femenino <input type="checkbox"/> ₃ Transgénero de femenino a masculino <input type="checkbox"/> ₄ Otro [por favor especifique] _____

SEXO CON HOMBRES Y MUJERES

Ahora quisiera preguntarle sobre sexo con hombres. En las siguientes preguntas cuando decimos “sexo” queremos decir “oral” o “anal”. Sexo oral es cuando alguien introduce su pene en la boca de una persona. Sexo anal es cuando alguien introduce su pene en el ano de una persona. ¿Están claros estos términos?

52) ¿Con cuántos hombres ha tenido sexo en los <u>últimos 6 meses</u> ?	_____ # hombres
53) ¿Con cuántas mujeres ha tenido sexo en los <u>últimos 6 meses</u> ?	_____ # mujeres

Primero, quiero preguntarle las veces que un hombre introdujo su pene en su ano para tener sexo.

54) Aproximadamente ¿cuándo fue la <u>vez más reciente</u> que un hombre introdujo su pene en su ano?	<input type="checkbox"/> ₇₇ Nunca un hombre ha introducido su pene en mi ano. [<i>Vaya A 58</i>] <input type="checkbox"/> ₁ La semana pasada <input type="checkbox"/> ₂ Dentro de los últimos 30 días, pero hace más de una semana <input type="checkbox"/> ₃ Hace más de un mes pero dentro de los últimos 3 meses <input type="checkbox"/> ₄ Hace 3 meses, pero menos de 6 meses <input type="checkbox"/> ₅ Hace 6 meses, pero menos de un año <input type="checkbox"/> ₆ Hace un año o más
55) Sobre <u>la vez más reciente</u> que un hombre introdujo su pene en su ano, ¿él usó condones?	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
56) Sobre todas las veces que un hombre introdujo su pene en su ano en los últimos 30 días, ¿qué tan a menudo él usó condones?	<input type="checkbox"/> ₇₇ Ningún hombre ha introducido su pene en mi ano en los últimos 30 días. <input type="checkbox"/> ₁ Nunca <input type="checkbox"/> ₂ De vez en cuando <input type="checkbox"/> ₃ Aproximadamente la mitad de las veces <input type="checkbox"/> ₄ La mayor parte de las veces <input type="checkbox"/> ₅ Siempre
57) Sobre todas las veces que un hombre introdujo su pene en su ano en los últimos 3 meses, ¿qué tan a menudo él usó condones?	<input type="checkbox"/> ₇₇ Ningún hombre ha introducido su pene en mi ano en los últimos 3 meses. <input type="checkbox"/> ₁ Nunca

	<input type="checkbox"/> ₂ De vez en cuando <input type="checkbox"/> ₃ Aproximadamente la mitad de las veces <input type="checkbox"/> ₄ La mayor parte de las veces <input type="checkbox"/> ₅ Siempre
--	---

Algunas mujeres transgénero tienen vaginas. Si usted tiene una vagina, quisiéramos saber sobre su uso de condones cuando un hombre introduce su pene en su vagina.

58) Aproximadamente ¿cuándo fue la <u>vez más reciente</u> que un hombre introdujo su pene en su vagina, si es que usted tiene una vagina?	<input type="checkbox"/> ₇₇ Nunca un hombre ha introducido su pene en mi vagina o no tengo vagina [<i>Vaya a 62</i>] <input type="checkbox"/> ₁ La semana pasada <input type="checkbox"/> ₂ Dentro de los últimos 30 días pero hace más de una semana <input type="checkbox"/> ₃ Hace más de un mes pero dentro de los últimos 3 meses <input type="checkbox"/> ₄ Hace 3 meses pero menos de 6 meses <input type="checkbox"/> ₅ Hace 6 meses, pero menos de un año <input type="checkbox"/> ₆ Hace un año o más
59) Sobre la <u>vez más reciente</u> que un hombre introdujo su pene en su vagina, ¿él usó condones?	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
60) Sobre todas las veces que un hombre introdujo su pene en su vagina en los últimos 30 días, ¿qué tan a menudo él usó condones?	<input type="checkbox"/> ₇₇ Ningun hombre ha introducido su pene en mi vagina en los últimos 30 días <input type="checkbox"/> ₁ Nunca <input type="checkbox"/> ₂ De vez en cuando <input type="checkbox"/> ₃ Aproximadamente la mitad de las veces <input type="checkbox"/> ₄ La mayor parte de las veces <input type="checkbox"/> ₅ Siempre
61) Sobre todas las veces que un hombre introdujo su pene en su vagina en los últimos 3 meses, ¿qué tan a menudo él usó condones?	<input type="checkbox"/> ₇₇ Ningún hombre ha introducido su pene en mi vagina en los últimos 3 meses <input type="checkbox"/> ₁ Nunca <input type="checkbox"/> ₂ De vez en cuando <input type="checkbox"/> ₃ Aproximadamente la mitad de las veces <input type="checkbox"/> ₄ La mayor parte de las veces <input type="checkbox"/> ₅ Siempre

Algunas mujeres transgénero tienen penes. Si usted tiene un pene, quisiéramos saber sobre su uso de condones cuando tiene sexo con hombres y mujeres. Primero quisiera preguntarle sobre las veces que usted introdujo su pene en el ano de un hombre para tener sexo.

62) Aproximadamente ¿cuándo fue la <u>vez más reciente</u> que usted introdujo su pene en el ano de un hombre?	<input type="checkbox"/> ₇₇ Nunca he introducido mi pene en el ano de un hombre o no tengo un pene [<i>Vaya a 66</i>] <input type="checkbox"/> ₁ La semana pasada <input type="checkbox"/> ₂ Dentro de los últimos 30 días pero hace más de una semana
--	---

	<input type="checkbox"/> ₃ Hace más de un mes pero dentro de los últimos 3 meses <input type="checkbox"/> ₄ Hace 3 meses pero menos de 6 meses <input type="checkbox"/> ₅ Hace 6 meses, pero menos de un año <input type="checkbox"/> ₆ Hace un año o más
63) Sobre la <u>vez más reciente</u> que usted introdujo su pene en el ano de un hombre, ¿usó condones?	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
64) Sobre todas las veces que usted introdujo su pene en el ano de un hombre en los últimos 30 días, ¿qué tan a menudo usó condones?	<input type="checkbox"/> ₇₇ No he introducido mi pene en el ano de un hombre en los últimos 30 días. <input type="checkbox"/> ₁ Nunca <input type="checkbox"/> ₂ De vez en cuando <input type="checkbox"/> ₃ Aproximadamente la mitad de las veces <input type="checkbox"/> ₄ La mayor parte de las veces <input type="checkbox"/> ₅ Siempre
65) Sobre todas las veces que usted introdujo su pene en el ano de un hombre en los últimos 3 meses, ¿qué tan a menudo usó condones?	<input type="checkbox"/> ₇₇ No he introducido mi pene en el ano de un hombre en los últimos 3 meses. <input type="checkbox"/> ₁ Nunca <input type="checkbox"/> ₂ De vez en cuando <input type="checkbox"/> ₃ Aproximadamente la mitad de las veces <input type="checkbox"/> ₄ La mayor parte de las veces <input type="checkbox"/> ₅ Siempre

Ahora quisiera preguntarle sobre las veces que usted introdujo su pene en la vagina de una mujer para tener sexo.	
66) Aproximadamente ¿cuándo fue <u>la vez más reciente</u> que usted introdujo su pene en la vagina de una mujer?	<input type="checkbox"/> ₇₇ Nunca he introducido mi pene en la vagina de una mujer o no tengo un pene [<i>Vaya a 70</i>] <input type="checkbox"/> ₁ La semana pasada <input type="checkbox"/> ₂ Dentro de los últimos 30 días pero hace más de una semana <input type="checkbox"/> ₃ Hace más de un mes pero dentro de los últimos 3 meses <input type="checkbox"/> ₄ Hace 3 meses pero menos de 6 meses <input type="checkbox"/> ₅ Hace 6 meses, pero menos de un año <input type="checkbox"/> ₆ Hace un año o más
67) Sobre <u>la vez más reciente</u> que usted introdujo su pene en la vagina de una mujer, ¿usó condones?	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
68) Sobre todas las veces que usted introdujo su pene en la vagina de una mujer en los últimos 30 días, ¿qué tan a menudo usó condones?	<input type="checkbox"/> ₇₇ No he introducido mi pene en la vagina de una mujer en los últimos 30 días. <input type="checkbox"/> ₁ Nunca <input type="checkbox"/> ₂ De vez en cuando <input type="checkbox"/> ₃ Aproximadamente la mitad de las veces <input type="checkbox"/> ₄ La mayor parte de las veces <input type="checkbox"/> ₅ Siempre

<p>69) Sobre todas las veces que usted introdujo su pene en la vagina de una mujer en los últimos 3 meses, ¿qué tan a menudo usó condones?</p>	<p><input type="checkbox"/>₇₇ No he introducido mi pene en la vagina de una mujer en los últimos 3 meses.</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Nunca</p> <p><input type="checkbox"/>₂ De vez en cuando</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Aproximadamente la mitad de las veces</p> <p><input type="checkbox"/>₄ La mayor parte de las veces</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Siempre</p>
--	---

Ahora quisiera preguntarle sobre las veces que usted introdujo su pene en el ano de una mujer para tener sexo.

<p>70) Aproximadamente ¿cuándo fue <u>la vez más reciente</u> que usted introdujo su pene en el ano de una mujer?</p>	<p><input type="checkbox"/>₇₇ Nunca he introducido mi pene en el ano de una mujer o no tengo un pene [<i>Vaya a 74</i>]</p> <p><input type="checkbox"/>₁ La semana pasada</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Dentro de los últimos 30 días pero hace más de una semana</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Hace más de un mes pero dentro de los últimos 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Hace 3 meses pero menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Hace 6 meses, pero menos de un año</p> <p><input type="checkbox"/>₆ Hace un año o más</p>
---	---

<p>71) Sobre <u>la vez más reciente</u> que usted introdujo su pene en el ano de una mujer, ¿usó condones?</p>	<p><input type="checkbox"/>₀ No <input type="checkbox"/>₁ Sí</p>
--	---

<p>72) Sobre todas las veces que usted introdujo su pene en el ano de una mujer en los últimos 30 días, ¿qué tan a menudo usó condones?</p>	<p><input type="checkbox"/>₇₇ No he introducido mi pene en el ano de una mujer en los últimos 30 días</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Nunca</p> <p><input type="checkbox"/>₂ De vez en cuando</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Aproximadamente la mitad de las veces</p> <p><input type="checkbox"/>₄ La mayor parte de las veces</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Siempre</p>
---	---

<p>73) Sobre todas las veces que usted introdujo su pene en el ano de una mujer en los últimos 3 meses, ¿qué tan a menudo usó condones?</p>	<p><input type="checkbox"/>₇₇ No he introducido mi pene en el ano de una mujer en los últimos 3 meses.</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Nunca</p> <p><input type="checkbox"/>₂ De vez en cuando</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Aproximadamente la mitad de las veces</p> <p><input type="checkbox"/>₄ La mayor parte de las veces</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Siempre</p>
---	--

<p>74) ¿Dónde conoció a <u>su pareja sexual masculina más reciente</u>?</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Tienda de libros para adultos</p> <p><input type="checkbox"/>₂ A través de amigo(a) o amigos(as)</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Gay bar / Club</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Club de sexo / Sauna</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Bar no gay / Club</p> <p><input type="checkbox"/>₆ Gimnasio / club de salud / actividades atléticas</p> <p><input type="checkbox"/>₇ Facebook</p>
---	---

	<input type="checkbox"/> ₈ Sitios en internet para citas o redes sociales, incluyendo aplicaciones como Grindr, Jackd, Adam4Adam y badoo <input type="checkbox"/> ₉ Sitios públicos tales como parques, malls, biblioteca, transporte público <input type="checkbox"/> ₁₀ Escuela <input type="checkbox"/> ₁₁ Organizaciones sociales / actividades de servicio de voluntariado <input type="checkbox"/> ₁₂ Fiesta privada o club social <input type="checkbox"/> ₁₃ Vacaciones / viaje de negocios <input type="checkbox"/> ₁₃ Trabajo <input type="checkbox"/> ₁₄ Supermercado <input type="checkbox"/> ₁₆ Iglesia, grupo político <input type="checkbox"/> ₁₇ De otra manera (por favor especifique): _____
--	--

HABILIDAD PARA USAR EL CONDÓN

Hay ciertos pasos para usar el condón correctamente. Las siguientes son afirmaciones sobre cómo usar un condón, algunas de las cuales son correctas y algunas son incorrectas. Dígame si la afirmación es correcta o incorrecta.

	Correcto	Incorrecto	No sé
75A) Use un condón de látex.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75B) Rasgue el paquete por un lado, asegurándose de no romper el condón.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75C) Póngase el condón en cualquier momento antes de eyacular.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75D) Póngase el condón cuando el pene esté erecto, antes que se produzca un contacto entre el pene y el ano o vagina de su pareja.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75E) Desenrolle completamente el condón antes de ponérselo en el pene.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75F) Retire el pene cuando todavía esté erecto sujetando el condón firmemente, de modo que se mantenga en su sitio y luego retire el condón.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75G) Si el pene no es circuncidado (es decir si tiene la piel que cubre la cabeza del pene), debe tirar la piel hacia atrás hacia la base del pene (donde está el pelo) antes de ponerse el condón.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75H) Use un lubricante a base de agua (por ejemplo, KY Jelly).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75I) Apriete la punta del condón usando los dedos índice y pulgar y desenróllelo en el pene erecto.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75J) Envuelva el condón usado e introdúzcalo de vuelta en el paquete para usarlo la próxima vez.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75K) Desenrolle el condón hasta la base (donde está el pelo) del pene.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75L) Use un lubricante a base de aceite (por ejemplo, vaselina, aceite para bebés).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈

75M) Revise la fecha de expiración del condón.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75N) Abra el paquete del condón con los dientes.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75O) Con una mano, apriete la punta del condón para dejar espacio e impedir que se formen burbujas de aire y con la otra mano, desenrolle el condón.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75P) Deseche el condón usado.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75Q) Lave el condón para usarlo de nuevo.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈₈
75R) Use un condón de piel de cordero	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₈

INTENCIÓN DE USAR CONDONES

Le voy a leer unas afirmaciones y quisiera que me dijera el grado de probabilidad de que ocurra cada afirmación. Puede escoger: Nada probable; Poco probable; Moderadamente probable; Muy probable; y Extremadamente probable.

	Nada probable	Un poco probable	Moderadamente probable	Muy probable	Extremadamente probable
76A) Durante el próximo mes, usted tiene la intención de tratar de persuadir a su(s) pareja(s) de usar condón cada vez que tengan sexo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
76B) Usted tiene la intención de conseguir condones el próximo mes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
76C) Usted tiene la intención de tener siempre condones a la mano el próximo mes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
76D) Usted tiene la intención de usar condones cada vez que tenga sexo el próximo mes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

AUTO INFORME DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Ahora voy a preguntarle sobre enfermedades de transmisión sexual. Nos podemos detener y me puede preguntar si no entiende alguno de los nombres de las enfermedades.

¿Alguna vez ha estado en una clínica, hospital, departamento de salud o consultorio médico por alguno de los motivos siguientes?

77) Para hacerse la prueba de enfermedades transmitidas sexualmente (ETS)	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
78) Para hacerse la prueba de VIH	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
79) En los últimos 12 meses, ¿ha ido a una clínica, hospital, departamento de salud o consultorio médico para hacerse la prueba de enfermedades transmitidas sexualmente (ETS)? Esto no incluye la prueba del VIH.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí

80) En los últimos 6 meses, ¿ha ido a una clínica, hospital, departamento de salud o consultorio médico para hacerse la prueba de enfermedades transmitidas sexualmente (ETS)? Esto no incluye la prueba del VIH.	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
81) En los últimos 12 meses, ¿ha ido a una clínica, hospital, departamento de salud o consultorio médico para hacerse la prueba del VIH?	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
82) En los últimos 6 meses, ¿ha ido a una clínica, hospital, departamento de salud o consultorio médico para hacerse la prueba del VIH?	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
83) ¿Dónde se hizo la prueba más reciente del VIH? (¿Qué lugar o qué localidad? Ejemplos pueden ser departamento de salud, clínica gratuita, consultorio médico).	
84) ¿Cuál fue el resultado de su prueba de VIH <u>más reciente</u> ?	<input type="checkbox"/> ₁ Negativo <input type="checkbox"/> ₂ Positivo <input type="checkbox"/> ₃ Indeterminado <input type="checkbox"/> ₄ No obtuvo el resultado de la prueba más reciente

¿Alguna vez un médico o una enfermera le dijo que usted tenía las siguientes enfermedades transmitidas sexualmente (ETS)? Si un médico o enfermera se lo dijo, ¿hace cuánto tiempo fue el diagnóstico <u>más reciente</u>?				
	Nunca (0)	Hace menos de un año (1)	De 1 a 5 años (2)	Hace más de 5 años (3)
85) Gonorrea				
86) Sífilis				
87) Clamidia				
88) Herpes				
89) Hepatitis A/B/C				
90) VIH / SIDA				
91) VPH / Verrugas genitales				
92) Otra: _____				

	No	Sí
93) En los últimos 3 meses, ¿ha dado algo a un hombre a cambio de sexo? (p.ej., dinero, drogas, alcohol, otro).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
94) En los últimos 3 meses, ¿ha recibido algo de un hombre a cambio de sexo? (p.ej., dinero, drogas, alcohol, otro).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
95) En los últimos 3 meses, ¿ha dado algo a una mujer a cambio de sexo? (p.ej., dinero, drogas, alcohol, otro).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
96) En los últimos 3 meses, ¿ha recibido algo de una mujer a cambio de sexo? (p.ej., dinero, drogas, alcohol, otro).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

BARRERAS PARA LA PRUEBA DE VIH

Si nunca le han hecho la prueba del VIH, ¿cuáles son las razones por las que nunca se ha hecho la prueba del VIH? Por favor dígame todas las razones que aplican.

97A) Me he hecho la prueba de VIH *[Vaya a 98A]* Sí

97B) No tengo seguro médico. Sí

97C) Tengo miedo que mis resultados sean reportados al gobierno. Sí

97D) Tengo miedo ser VIH positiva. Sí

97E) Tengo miedo que la gente piense que soy transgénero. Sí

97F) Tengo miedo que la gente me trate de manera diferente. Sí

97G) No tengo tiempo. Sí

97H) No tengo transporte. Sí

97I) No puedo pagarlo. Sí

97J) He estado teniendo sexo seguro. Sí

97K) Sé que mis parejas sexuales no tienen VIH. Sí

97L) No estoy en riesgo de infectarme con el VIH. Sí

97M) No puedo tomar un tiempo durante mi horario de trabajo. Sí

97N) No creo que sea elegible para que se me haga la prueba. Sí

97O) Las horas no son convenientes debido al horario de mi trabajo. Sí

97P) No sé dónde puedo hacerme la prueba. Sí

97Q) No es importante. Sí

97R) Nadie me recomendó hacerme la prueba. Sí

97S) Otra razón: _____ Sí

Ahora piense en los últimos 12 meses. Si usted no se ha hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses, ¿cuáles son las razones por las que no se ha hecho la prueba del VIH? Por favor, dígame todas las razones que aplican.

98A) Me he hecho la prueba de VIH en los últimos 12 meses. Sí
[Vaya a 99A]

98B) No tengo seguro médico. Sí

98C) Tengo miedo que mis resultados sean reportados al gobierno.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98D) Tengo miedo ser VIH positiva.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98E) Tengo miedo que la gente piense que soy transgénero.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98F) Tengo miedo que la gente me trate de manera diferente.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98G) No tengo tiempo.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98H) No tengo transporte.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98I) No puedo pagarlo.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98J) He estado teniendo sexo seguro.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98K) Sé que mis parejas sexuales no tienen VIH.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98L) No estoy en riesgo de infectarme con el VIH.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98M) No puedo tomar un tiempo durante mi horario de trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98N) No creo que sea elegible para que se me haga la prueba.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98O) Las horas no son convenientes debido al horario de mi trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98P) No se dónde puedo hacerme la prueba	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98Q) No es importante.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98R) Nadie me recomendó hacerme la prueba.	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
98S) Otra razón: _____	<input type="checkbox"/> ₁ Sí

PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN

**Ahora le quiero preguntar sobre sentimientos de discriminación
¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con cada afirmación?**

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
99A) Desde que vine a los Estados Unidos a menudo siento que soy tratada injustamente debido a mi origen étnico/raza	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
99B) Desde que vine a los Estados Unidos he sufrido violencia debido a mi origen étnico/raza.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
99C) Desde que vine a los Estados Unidos he sufrido discriminación debido a mi origen étnico/raza.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

99D) Desde que vine a los Estados Unidos, a menudo siento que soy tratada injustamente porque soy transgénero.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
99E) Desde que vine a los Estados Unidos he sido víctima de violencia porque soy transgénero.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
99F) Desde que vine a los Estados Unidos he sufrido discriminación porque soy transgénero.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
99G) Desde que vine a los Estados Unidos a menudo siento que soy tratada injustamente porque tengo sexo con hombres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
99H) Desde que vine a los Estados Unidos he sufrido violencia porque tengo sexo con hombres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
99I) Desde que vine a los Estados Unidos he sufrido discriminación porque tengo sexo con hombres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
99J) Desde que vine a los Estados Unidos a menudo siento que soy tratada injustamente debido a la situación de mis documentos de inmigración.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
99K) Desde que vine a los Estados Unidos he sufrido violencia debido a la situación de mis documentos de inmigración.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
99L) Desde que vine a los Estados Unidos he sufrido discriminación debido a la situación de mis documentos de inmigración.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

USO DE SUSTANCIAS

Las siguientes preguntas se refieren a uso de drogas. Una vez más, así como en todas las preguntas, es importante ser honesta, de modo que obtengamos la más exacta información y podamos desarrollar los mejores programas para ayudar a las latinas.

Piense sobre uso de drogas en los últimos 12 meses...

<i>Columna A</i>		<i>Columna B</i>
¿Ha usado?		¿Con qué frecuencia más o menos? [Read response options]
100) Marihuana	<input type="checkbox"/> ₁ Sí→ vaya a la columna B <input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇ Diariamente <input type="checkbox"/> ₆ 5-6 días a la semana <input type="checkbox"/> ₅ 3-4 días a la semana <input type="checkbox"/> ₄ 1-2 días a la semana <input type="checkbox"/> ₃ Varias veces al mes <input type="checkbox"/> ₂ Aproximadamente una vez al mes <input type="checkbox"/> ₁ Varias veces este año
101) Cocaína	<input type="checkbox"/> ₁ Sí→ vaya a la columna B <input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇ Diariamente <input type="checkbox"/> ₆ 5-6 días a la semana <input type="checkbox"/> ₅ 3-4 días a la semana <input type="checkbox"/> ₄ 1-2 días a la semana <input type="checkbox"/> ₃ Varias veces al mes

		<input type="checkbox"/> ₂ Aproximadamente una vez al mes <input type="checkbox"/> ₁ Varias veces este año
102) Crack	<input type="checkbox"/> ₁ Sí→ vaya a la columna B <input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇ Diariamente <input type="checkbox"/> ₆ 5-6 días a la semana <input type="checkbox"/> ₅ 3-4 días a la semana <input type="checkbox"/> ₄ 1-2 días a la semana <input type="checkbox"/> ₃ Varias veces al mes <input type="checkbox"/> ₂ Aproximadamente una vez al mes <input type="checkbox"/> ₁ Varias veces este año
103) Nitritos de alquilo, como “poppers”, “Rush”	<input type="checkbox"/> ₁ Sí→ vaya a la columna B <input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇ Diariamente <input type="checkbox"/> ₆ 5-6 días a la semana <input type="checkbox"/> ₅ 3-4 días a la semana <input type="checkbox"/> ₄ 1-2 días a la semana <input type="checkbox"/> ₃ Varias veces al mes <input type="checkbox"/> ₂ Aproximadamente una vez al mes <input type="checkbox"/> ₁ Varias veces este año
104) Calmantes para el dolor: Oxycotin, Percocet	<input type="checkbox"/> ₁ Sí→ vaya a la columna B <input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇ Diariamente <input type="checkbox"/> ₆ 5-6 días a la semana <input type="checkbox"/> ₅ 3-4 días a la semana <input type="checkbox"/> ₄ 1-2 días a la semana <input type="checkbox"/> ₃ Varias veces al mes <input type="checkbox"/> ₂ Aproximadamente una vez al mes <input type="checkbox"/> ₁ Varias veces este año
105) ¿Cuál otra droga?: 1	<input type="checkbox"/> ₁ _____	<input type="checkbox"/> ₇ Diariamente <input type="checkbox"/> ₆ 5-6 días a la semana <input type="checkbox"/> ₅ 3-4 días a la semana <input type="checkbox"/> ₄ 1-2 días a la semana <input type="checkbox"/> ₃ Varias veces al mes <input type="checkbox"/> ₂ Aproximadamente una vez al mes <input type="checkbox"/> ₁ Varias veces este año
106) ¿Cuál otra droga?: 2	<input type="checkbox"/> ₂ _____	<input type="checkbox"/> ₇ Diariamente <input type="checkbox"/> ₆ 5-6 días a la semana <input type="checkbox"/> ₅ 3-4 días a la semana <input type="checkbox"/> ₄ 1-2 días a la semana <input type="checkbox"/> ₃ Varias veces al mes <input type="checkbox"/> ₂ Aproximadamente una vez al mes <input type="checkbox"/> ₁ Varias veces este año

107A) En los últimos 12 meses, aunque sea una sola vez, ¿se ha inyectado vitaminas, medicinas, drogas o cualquier sustancia usando una	<input type="checkbox"/> ₀ No [<i>Vaya a 108</i>] <input type="checkbox"/> ₁ Sí
--	--

aguja o una jeringa que también fue usada por otra persona? Esto no incluye las inyecciones que le aplicaron en un centro médico.	
107B) Si la respuesta es sí, especifique qué sustancias se ha inyectado:	_____

Columna A		Columna B
		¿Con qué frecuencia? <i>[Read response options]</i>
108) ¿Ha tomado alcohol en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí, vaya a la columna B <input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇ Diariamente <input type="checkbox"/> ₆ 5-6 días a la semana <input type="checkbox"/> ₅ 3-4 días a la semana <input type="checkbox"/> ₄ 1-2 días a la semana <input type="checkbox"/> ₃ Varias veces al mes <input type="checkbox"/> ₂ Aproximadamente una vez al mes <input type="checkbox"/> ₁ Varias veces este año

109) En una semana normal, ¿cuántos días se emborracha?	_____ días <input type="checkbox"/> ₉₉ No tomo alcohol
110) Considerando todo tipo de bebidas alcohólicas, cuantas veces en los últimos 30 días tomó 5 tragos o más en una sola ocasión	_____ veces <input type="checkbox"/> ₉₉ No tomo alcohol
111) En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha estado borracha inmediatamente antes del sexo o durante el sexo?	_____ veces
112) En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha estado drogada inmediatamente antes del sexo o durante el sexo?	_____ veces

TRANSFOBIA

En una escala de 1 a 7, ¿Cuál mejor describe su respuesta a las afirmaciones a continuación? Estas afirmaciones se refieren a cómo se ha sentido en los últimos 3 meses siendo transgénero.

Dé su primera respuesta y no invierta mucho tiempo en ninguna de las afirmaciones.

113A) Ser transgénero me hace sentir especial y única.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113B) Para mí está bien ser percibida como transgénero por otros.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113C) A veces resiento mi identidad transgénero.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)

113D) Ser transgénero me hace sentir como una persona anormal.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113E) Me siento aislada y separada de otra gente transgénero.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113F) No tengo problema en hablar sobre ser transgénero con casi todos.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113G) Ser transgénero es una bendición	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113H) Cuando pienso que soy transgénero me deprimó.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113I) Para mí, pasar como mujer lo es todo.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113J) No puedo ser feliz a menos que la gente me perciba como mujer.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113K) Ser notada hace que trate de manera más fuerte de pasar como mujer.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113L) Soy como otras personas, pero también soy especial porque soy transgénero.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113M) Pasar como mujer es mi preocupación más grande	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113N) Cuando pienso que soy transgénero me siento infeliz.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113O) A menudo me siento rara, como una marginada o una pervertida.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113P) A menudo me pregunto: ¿Por qué simplemente no puedo ser normal?	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113Q) Es mucho mejor pasar como mujer que ser reconocida como transgénero.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113R) A veces pienso que ser transgénero es vergonzoso.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113S) Me siento orgullosa de ser una persona transgénero.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113T) Si me veo como mujer, hablo como mujer y camino como mujer, hará que otros me acepten.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113U) Pasar como mujer es una regla para medir mi éxito.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)

113V) Cuando interactúo o me relaciono con miembros de la comunidad transgénero, a menudo siento como que no me integro.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113W) Envidio a la gente que no es transgénero.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113X) Yo no soy como otras personas transgénero.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113Y) Me siento cómoda al revelar a otras personas que soy transgénero.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)
113Z) Preferiría que la gente supiera todo y me aceptara como transgénero.	1 (Completamente en desacuerdo)	2	3	4	5	6	7 (Completamente de acuerdo)

EMPLEO Y EDUCACIÓN

Las siguientes preguntas tratan de educación e ingresos

114) ¿Cuál es el grado de educación más alto que alcanzó?	<input type="checkbox"/> ₁ Menos de 5 años de escuela <input type="checkbox"/> ₂ 5-8 años de escuela <input type="checkbox"/> ₃ Menos de un diploma de bachillerato o su equivalente en los Estados Unidos (GED). <input type="checkbox"/> ₄ Diploma de bachillerato o su equivalente en los Estados Unidos (GED). <input type="checkbox"/> ₅ Algo de Universidad <input type="checkbox"/> ₆ Grado de Universidad de 2 años <input type="checkbox"/> ₇ Grado de Universidad de 4 años <input type="checkbox"/> ₈ Grado de maestría, grado profesional o más
115) ¿Está en la escuela actualmente, no incluyendo clases de inglés como segunda lengua?	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
116) ¿Está en la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial?	<input type="checkbox"/> ₉₉ No estoy en la escuela <input type="checkbox"/> ₀ Tiempo parcial <input type="checkbox"/> ₁ Tiempo completo
117) ¿Cuál describe mejor su situación laboral actual?	<input type="checkbox"/> ₁ Empleada todo el año <input type="checkbox"/> ₂ Empleada en trabajo estacional pero no todo el año <input type="checkbox"/> ₃ Retirada <input type="checkbox"/> ₄ Desempleada desde que llegue a los Estados Unidos <input type="checkbox"/> ₅ Trabajadora estacional desempleada <input type="checkbox"/> ₆ Desempleada (pero no '4' or '5' de arriba) <input type="checkbox"/> ₇ Discapacitada y sin trabajar actualmente
118) De los siguientes tipos de trabajo, ¿cuáles ha realizado en los últimos 12 meses en los Estados Unidos?	
<input type="checkbox"/> ₉₉ No he trabajado en los Estados Unidos en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> ₉ Estilista de pelo/ Barbera
<input type="checkbox"/> ₁ Matanza de animales/ Procesamiento	<input type="checkbox"/> ₁₀ Cuidado de niños
<input type="checkbox"/> ₂ Manufactura de muebles	<input type="checkbox"/> ₁₁ Empleada de oficina / Administración
	<input type="checkbox"/> ₁₂ Trabajo gerencial

<input type="checkbox"/> 3 Fábrica de otro tipo (cuál) _____	<input type="checkbox"/> 13 Ventas/Ventas al por menor
<input type="checkbox"/> 4 Construcción	<input type="checkbox"/> 14 Trabajos ocasionales (trabajos hechos de vez en cuando)
<input type="checkbox"/> 5 Agricultura	<input type="checkbox"/> 15 Cajera
<input type="checkbox"/> 6 Jardinería / Jardinería ornamental	<input type="checkbox"/> 16 Poniendo las provisiones en las bolsas en un supermercado
<input type="checkbox"/> 7 Servicios de comida (camarera/cocinera)	<input type="checkbox"/> 17 Otro, por favor especifique: _____
<input type="checkbox"/> 8 Conserje / Limpieza industrial	
119) ¿Cuánto dinero lleva a casa cada semana?	\$ _____ .00
120) Aproximadamente ¿cuánto dinero recibe cada mes de <u>todos</u> sus trabajos?	<input type="checkbox"/> 0 Nada <input type="checkbox"/> 1 \$1-\$99 <input type="checkbox"/> 2 \$100-\$499 <input type="checkbox"/> 3 \$500-\$999 <input type="checkbox"/> 4 \$1,000-\$1,999 <input type="checkbox"/> 5 \$2,000-\$2,999 <input type="checkbox"/> 6 \$3000 o más

ORGULLO DE IDENTIDAD ÉTNICA

Ahora le leeré algunas afirmaciones y quisiera que me dijera qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada afirmación. Puede escoger: Completamente en desacuerdo; en desacuerdo; De acuerdo; y Completamente de acuerdo.

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
121A) He dedicado tiempo tratando de saber más sobre mi grupo étnico tal como su historia, tradiciones y costumbres.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
121B) Soy activa en organizaciones y grupos sociales que incluyen mayormente miembros de mi grupo étnico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
121C) Tengo un sentido claro de mi origen étnico y lo que significa para mí.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
121D) Pienso mucho sobre la manera en que mi vida será afectada por el grupo étnico al que pertenezco.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
121E) Estoy contenta de ser miembro del grupo al que pertenezco.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
121F) Tengo un gran sentido de pertenencia a mi grupo étnico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
121G) Entiendo bastante bien lo que significa para mí pertenecer a mi grupo étnico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
121H) Para aprender más sobre mi origen étnico, a menudo he hablado con otras personas sobre mi grupo étnico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
121I) Siento mucho orgullo de mi grupo étnico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
121J) Participo en practicas culturales de mi propio grupo, tales como comida, música y costumbres.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

121K) Tengo una relación fuerte con mi grupo étnico.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
121L) Me siento bien sobre mi origen cultural y étnico.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

INMIGRACIÓN Y APOYO SOCIAL

**Éste es el último grupo de preguntas. ¡Gracias por su cooperación y paciencia!
Usted está proporcionando información muy importante.**

122) ¿Dónde nació?	_____ [ciudad] _____ [región/estado/departamento] _____ [país]
123) ¿Cuántos años tenía cuando vino a vivir a los Estados Unidos?	_____ años <input type="checkbox"/> ₉₉ Nací en los Estados Unidos
124) ¿Cuánto tiempo ha vivido en los Estados Unidos, años y/o meses en total?	_____ [años] _____ [meses]
125) ¿Cuánto tiempo ha vivido en Carolina del Norte, años y/o meses en total?	_____ [años] _____ [meses]
126) ¿Cuál es su código postal actual?	_____
127) ¿En que ciudad vive ahora?	_____

Sabemos que responder preguntas sobre su vida, su salud y asuntos de inmigración puede ser incómodo. Le recordamos que la información que obtengamos en esta entrevista se mantendrá confidencial y en un sitio seguro y su nombre nunca será revelado como participante.

Sus respuestas son importantes ya que nos permitirán crear proyectos que ayuden a los latinos de esta comunidad a superar las barreras que enfrentan para acceder a servicios de salud.

Las siguientes preguntas tienen que ver con su estado migratorio actual, lo cual afecta la posibilidad de ser elegible para algunos servicios.	No	Sí
128A) ¿Tiene actualmente un “green card”?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
128B) ¿Tiene actualmente una visa de estudiante válida, visa de turista válida, permiso de trabajo, u otro estado migratorio legal como acción diferida?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
128C) ¿Tiene o ha obtenido su ciudadanía en los EEUU?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

VÍNCULO CON LA COMUNIDAD

	Absolutamente nada	Muy poco	Un poco	Algo	Moderadamente	Mucho
129A) Por favor indique el grado en que se siente parte de la comunidad gay o conectada con la comunidad gay.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _5
129B) Por favor indique el grado en que se siente parte de la comunidad latina o conectada con la comunidad latina.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _5
129C) Por favor indique el grado en que se siente parte de la comunidad latina gay o conectada con la comunidad latina gay.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _5
129D) Por favor indique el grado en que se siente parte de la comunidad transgénero o conectada con la comunidad transgénero.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _5
129E) Por favor indique el grado en que se siente parte de la comunidad latina transgénero o conectada con la comunidad latina transgénero.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _5

Las siguientes preguntas tienen que ver con los posibles efectos de su estado migratorio en su vida en los Estados Unidos.	No	Sí
130A) ¿Siente usted que su estado migratorio ha limitado el contacto entre su familia, amigos y usted?	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1
130B) ¿Le han cuestionado sobre su estado migratorio?	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1
130C) ¿Piensa que será deportada o cuestionada sobre su estado migratorio si va a una agencia social o departamento de salud?	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1
130D) ¿Piensa que será deportada o cuestionada sobre su estado migratorio si va a una clínica para hacerse las pruebas de VIH o ETS (enfermedades de transmisión sexual)?	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1
130E) ¿Piensa que su estado migratorio ha limitado su habilidad para hacerse las pruebas de VIH u otras ETS?	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1
130F) ¿Evita usted a la policía u otros oficiales debido a su estado migratorio?	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1
130G) ¿Tiene dificultad en encontrar servicios legales?	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1

APOYO SOCIAL

Le voy a leer una serie de situaciones y comportamientos. Dígame si conoce personas en Carolina del Norte o fuera de Carolina del Norte con las que usted mantiene alguna forma de comunicación regular y que serían de ayuda en cada una de las siguientes situaciones.					
	Nadie haría esto	Alguien haría esto	Algunos harían esto	Varios harían esto	Muchos harían esto

131A) Consolarla cada vez que extraña su casa.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131B) Escucharla y hablarle cada vez que se siente sola o deprimida.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131C) Compartir momentos buenos y malos.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131D) Pasar momentos tranquilos con usted cuando no tiene ganas de salir.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131E) Pasar tiempo conversando con usted cuando está aburrida.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131F) Acompañarla a hacer cosas cada vez que necesita a alguien que la acompañe.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131G) Visitarla para ver como le va.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131H) Acompañarla a algún sitio incluso si el o ella no tiene que hacerlo.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131I) Asegurarle que usted es querida, apoyada y atendida.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131J) Darle información necesaria que le ayuda a orientarse en su nuevo ambiente.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131K) Ayudarla a tratar con algunas de las normas y regulaciones oficiales de instituciones locales.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131L) Enseñarle cómo hacer algo que usted no sabe como hacer.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131M) Explicarle cosas de manera que haga su situación mas clara y fácil de entender	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131N) Decirle lo que se puede y no se puede hacer en Carolina del Norte.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131O) La ayude a intprepretar cosas que usted no entiende completamente.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131P) Darle ayuda concreta respecto a algún problema de comunicacion o lenguaje que se le pueda presentar.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131Q) Explicarle y ayudarle a entender la cultura local y el idioma.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
131R) Decirle sobre opciones y alternativas disponibles que existen para usted.	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4

132) Gracias por participar en esta evaluación. ¿Hay algo más que quisiera compartir con nosotros?

INTERVIEWER NOTES

133) *Please document any observations or thoughts you have about this interview, the participant, etc. [Skip to 135A]*

134) *[If the participant was found ineligible as determined from items 1-7 the interviewer should say the following:]* Gracias por su ayuda. Realmente aprecio su interés en este estudio pero la información que ha compartido con nosotros indica que no es elegible.
[The interviewer should politely terminate the interview.]

NOTE TO STAFF: Please detach these pages from the rest of the assessment and store in a separate lock box when completed.

Participant ID: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Ya que necesitamos contactarla en el futuro para preguntas de seguimiento, quisiéramos que nos diera información que nos ayude a comunicarnos con usted.

¿Cuál es su dirección actual? 135A) Dirección: 135B) Ciudad, estado: 135C) Código postal:	
135D) ¿Cuál es su número personal de celular?	
Hay otra manera de comunicarnos con usted, ¿tal vez otro número de teléfono y una dirección “e- mail”?	135E) Número de teléfono: 135F) E-mail:
135G) Y su nombre en Facebook, ¿cuál es?	
Ya que usted se puede olvidar de hacernos saber que se mudó o que su número de teléfono ha cambiado, nos gustaría tener otras maneras de ponernos en contacto con usted. Nosotros no les diremos nada a esas personas sobre usted y tampoco información que usted me ha dado. Solamente queremos poder ubicarla.	
¿Quién más sabría cómo ubicarla? 136A) Nombre: 136B) Relación con usted: 136C) Dirección: 136D) Ciudad, Estado: 136E) Código postal: 136F) Números de teléfono	

¿Me puede dar 2 personas más que sabrían como ubicarla si tuviéramos dificultad en encontrarla? 137A) Nombre:	
--	--

<p>137B) Relación con usted:</p> <p>137C) Dirección:</p> <p>137D) Ciudad, Estado:</p> <p>137E) Código postal:</p> <p>137F) Números de teléfono:</p>	
<p>138A) Nombre:</p> <p>138B) Relación con usted:</p> <p>138C) Dirección:</p> <p>138D) Ciudad, Estado:</p> <p>138E) Código postal:</p> <p>138F) Números de teléfono:</p>	
<p>Le estoy dando también una tarjeta para que la conserve en su cartera, la cual tiene el número de teléfono, dirección y dirección e-mail para comunicarse conmigo en caso cambie su número de celular o su dirección.</p>	

NOTE TO STAFF: Please provide a Stay-in-Touch card to the participant.