

Formulario aprobado
OMB N.º 0920-1266
Fecha de vencimiento 30/06/2021

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

Attachment 4f
ChiCAS Questionnaire Spanish: 6-Month Follow-Up

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.

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?	_____ Mes/año

<p>18) La <u>primera vez</u> que empezó a usar hormonas para feminización, ¿dónde las consiguió?</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Tienda en los Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Tienda en su país de origen</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Mercado de pulgas en los Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Mercado de pulgas en su país de origen</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Curandero tradicional (p. ej. botánico o huesero) en los Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/>₆ Curandero tradicional (p. ej. botánico o huesero) en su país de origen</p> <p><input type="checkbox"/>₇ Amigos en los Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/>₈ Amigos en su país de origen</p> <p><input type="checkbox"/>₉ Familia en los Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/>₁₀ Familia en su país de origen</p> <p><input type="checkbox"/>₁₁ El internet</p> <p><input type="checkbox"/>₁₂ Un médico o enfermera en los Estados Unidos se las recetó y usted las obtuvo en una farmacia</p> <p><input type="checkbox"/>₁₃ Un médico o enfermera en su país de origen se las recetó y usted las obtuvo en una farmacia</p> <p><input type="checkbox"/>₁₄ Otro, por favor especifique: _____</p>
<p>19) ¿Cuándo consiguió sus <u>más recientes</u> hormonas para feminización?</p>	<p>_____</p> <p>Mes/año</p>
<p>20A) ¿Dónde consiguió sus <u>más recientes</u> hormonas para feminización?</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Tienda en los Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Tienda en su país de origen</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Mercado de pulgas en los Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Mercado de pulgas en su país de origen</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Curandero tradicional (p. ej. botánico o huesero) en los Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/>₆ Curandero tradicional (p. ej. botánico o huesero) en su país de origen</p> <p><input type="checkbox"/>₇ Amigos en los Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/>₈ Amigos en su país de origen</p> <p><input type="checkbox"/>₉ Familia en los Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/>₁₀ Familia en su país de origen</p> <p><input type="checkbox"/>₁₁ El internet</p> <p><input type="checkbox"/>₁₂ Un médico o enfermera en los Estados Unidos se las recetó y usted las obtuvo en una farmacia</p> <p><input type="checkbox"/>₁₃ Un médico o enfermera en su país de origen se las recetó y usted las obtuvo en una farmacia</p> <p><input type="checkbox"/>₁₄ Otro, por favor especifique: _____</p>
<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>

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

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 [Vaya a 26A]
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	<input type="checkbox"/> 88 No sé

feminización, ¿dónde iría?		
----------------------------	--	--

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? 0 No 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?	_____
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	<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _88

efectiva al 99% para evitar la infección por VIH.			
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	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí

usted podía ir.	
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"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
48C) Confío en poder tomar acciones que ayudarán a	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4

prevenir o minimizar algunos de los síntomas o problemas asociados con mi salud.				
48D) Sé el efecto que hace cada una de mis medicinas recetadas.	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
48E) Confío poder decir cuándo necesito atención médica y cuándo puedo hacerme cargo yo sola de un problema de salud.	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
48F) Confío poder contarle a mi proveedor de salud las preocupaciones que tengo, incluso cuando él o ella no pregunten.	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
48G) Confío poder cumplir en casa los tratamientos médicos que necesito.	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
48H) Entiendo mi salud.	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
48I) Conozco las diferentes opciones de tratamientos médicos disponibles para mí.	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
48J) He sido capaz de mantener los cambios de estilo de vida que he hecho para mi salud.	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
48K) Sé cómo prevenir problemas con mi salud.	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
48L) Confío poder encontrar soluciones cuando se presenten problemas o situaciones con mi salud.	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4
48M) Confío poder mantener cambios en mi estilo de vida incluso durante momentos de estrés.	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4

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 <u>la 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 <u>la 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 la <u>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
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?	<input type="checkbox"/> ₇₇ No he introducido mi pene en la vagina de una mujer 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 el ano de una mujer para tener sexo.

70) Aproximadamente ¿cuándo fue <u>la vez más reciente</u> que usted introdujo su pene en el ano de una mujer?	<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>] <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
71) Sobre <u>la vez más reciente</u> que usted introdujo su pene en el ano de una mujer, ¿usó condones?	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Sí
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?	<input type="checkbox"/> ₇₇ No he introducido mi pene en el ano 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
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?	<input type="checkbox"/> ₇₇ No he introducido mi pene en el ano de una mujer 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
--	---

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 6 meses o menos (1)	Hace más (2)	
85) Gonorrea				
86) Sífilis				
87) Clamidia				
88) Herpes				
89) Hepatitis A/B/C				
90) VIH / SIDA				
91) VPH / Verrugas genitales				
92) Otra: _____				

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

transgénero.	(Completamente en desacuerdo)							(Completamente de acuerdo)
113X) Yo no soy como otras personas transgénero.	1	2	3	4	5	6	7	(Completamente de acuerdo)
113Y) Me siento cómoda al revelar a otras personas que soy transgénero.	(Completamente en desacuerdo)							(Completamente de acuerdo)
113Z) Preferiría que la gente supiera todo y me aceptara como transgénero.	1	2	3	4	5	6	7	(Completamente de acuerdo)

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

VÍNCULO CON LA COMMUNIDAD

	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.*

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	
--	--

<p>¿Me puede dar 2 personas más que sabrían como ubicarla si tuviéramos dificultad en encontrarla?</p> <p>137A) Nombre:</p> <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.