

Form Approved  
OMB No. 0920-1100  
Expiration Date: XX/XX/XXXX

**Identification of behavioral and clinical predictors of early HIV  
infection  
(Project DETECT)**

**Attachment 9b**

**Phase 2 HIV Symptom and Care Survey (Spanish)**

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 5 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; Attn: OMB-PRA (0920-1100)

## **Project DETECT: Part 3 Questionnaire #1**

**Descripción:** Encuesta REDCap para ser completada por el personal del estudio con los participantes de la Parte 3 / Fase 2 (Síntoma y atención) en cada visita de seguimiento. El personal del estudio completará un conjunto de preguntas de "página frontal", se le preguntará al participante sobre su consentimiento y, para aquellos que brinden su consentimiento, el personal del estudio les hará el resto de las preguntas de la encuesta e ingresará sus respuestas en la computadora.

### **FACE PAGE**

Note to study RA: Input the dates and study ID number(s).

FP-1 Research assistant ID: \_\_\_\_\_

FP-2 UW Study ID for part 2: \_\_\_\_\_

FP-3 UW Study ID for part 3: \_\_\_\_\_

FP-5 Visit Date: MM/DD/YYYY

*Note for study staff: If this is the participant's first Part 3 visit (Visit #1) the previous visit date should be the participant's Part 2 visit date.*

FP-6 Previous Visit Date: MM/DD/YYYY

FP-7 Visit number: \_\_\_\_\_

**RESEARCH STAFF HANDS COMPUTER TO PARTICIPANT**

**\*\*\*\*\*SPANISH TRANSLATED TEXT STARTS IN NEXT PAGE\*\*\*\***

Formulario aprobado  
OMB Nro. 0920-1100  
Fecha de vencimiento: XX/XX/XXXX

La carga de informes públicos de esta recopilación de información se estima en un promedio de 5 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no podrá ser conductor ni patrocinador, y una persona no está obligada a responder una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. Envíe sus comentarios con respecto a esta estimación de la carga o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, lo que incluye sugerencias para reducir esta carga, al CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; Attn: OMB-PRA (0920-1100).

## CONSENT

*[Show section if FP-7 = 1.]*

Ya hemos discutido las siguientes preguntas con usted, pero nos gustaría documentar sus respuestas electrónicamente. Si tiene alguna pregunta sobre lo que estamos indagando, hable con el personal del estudio antes de responder.

**CT-1** ¿Está de acuerdo en participar en el estudio?

Sí  
No

Le solicitamos que acepte congelar parte de sus muestras de sangre y fluido oral en el CDC para su uso futuro. Podríamos usar estas muestras para investigación en el futuro. No se mantendrá nada que pueda relacionarlo a usted con sus muestras de sangre o fluidos orales. No estamos seguros de qué estudios se podrían hacer en el futuro. Pueden incluir pruebas estándar como las realizadas en hospitales, pruebas de VIH u otros virus o de su sistema inmunológico (capacidad para combatir infecciones). No realizaremos pruebas para detectar problemas genéticos ni utilizaremos muestras de sangre o fluidos orales para clonación o fines comerciales.

**CT-2** ¿Está de acuerdo con el almacenamiento de sus muestras para uso futuro?

Sí, Doy mi consentimiento para que mis muestras de sangre y fluidos orales se almacenen en CDC para su uso futuro como se describió anteriormente.

No, NO DOY mi consentimiento para que mis muestras de sangre y fluidos orales se almacenen en CDC para investigaciones futuras.

*If CT-1 or CT-2 = "No," participant has declined participation in the study. Screen will say, "Haga una pausa aquí en la encuesta y hable con el personal del estudio." Study staff will discuss the response with the participant and address any questions or concerns. If participant does not want to participate, study staff will end the survey and withdraw participant from the study. If participant does want to participate and responded inaccurately for any reason, study staff will help the participant navigate back*

*to the question and answer it correctly, so the participant can proceed with the remainder of the survey.*

La encuesta comenzará una vez que haga clic en el botón "Siguiete pregunta".

## **PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS PREVIOS**

*[Show section if FP-7 = 1.]*

PS-1. ¿Ha participado anteriormente en un estudio de vacuna contra el VIH??

- Sí
- No
- No lo sé

*[If PS-1 = "Yes"]* PS-2. ¿Qué recibió como parte de su participación en el estudio?

- Una vacuna vaccine
- Un placebo
- No sé / nunca supe cuál recibí

## **SINTOMAS**

SY-1 Desde su última visita el *[insert date]*, ¿Ha tenido alguno de estos síntomas? Marque todo lo que corresponda.

- a. Dolor de garganta
- b. Fiebre o escalofríos
- c. Náusea
- d. Vómitos
- e. Diarrea
- f. Dolor(es) de cabeza
- g. Fatiga
- h. Mialgia o dolor en sus articulaciones o músculos
- i. Ganglios linfáticos inflamados o adoloridos
- j. Erupción en el cuerpo
- k. Llagas, protuberancias o erupciones en los genitales
- l. Cambios en la audición o la visión
- m. Sarpullido en las palmas de las manos o en las plantas de los pies
- n. Dolor abdominal
- o. No he experimentado ninguno de estos síntomas desde mi última visita

*For any checked symptoms:*

SY-2a-SY-2n Usted dijo que tuvo *[insert symptom]* desde su última visita *[insert last visit date]*. Tiene *[ingrese el síntoma]* hoy?

- Sí
- No

SY-3a-SY-3n ¿Cuándo experimentó este síntoma por primera vez *[ingrese el síntoma]*?  
Introduzca el día, mes y año en formato MM / DD / AAAA. Si no recuerda el día  
exacto, ingrese solo el mes y el año.

MM/DD/AAAA

[*If SY-2a-SY-2n= No:*] SY-4a-SY4n ¿Cuándo fue la última vez que experimentó este  
síntoma *[ingrese el síntoma]*? Introduzca el día, mes y año en formato MM / DD /  
AAAA. Si no recuerda el día exacto, ingrese solo el mes y el año.

MM/DD/AAAA

*If reported any symptoms:*

SY-5 ¿Visitó a un médico o proveedor de atención médica antes de esta cita debido a  
su(s) síntoma(s)?

Sí

No

SY-6 ¿Faltó al trabajo o a la escuela debido a su(s) síntoma(s)?

Sí

No

No lo sé

SY-7 ¿Fue hospitalizado debido a su(s) síntoma(s)?

Sí

No

## **CUIDADO DEL VIH**

HC-1 ¿Tiene actualmente un médico o proveedor de servicios médicos para la atención del VIH?

Sí

No

HC-2 Desde su última visita el *[insert date]*, ¿ha ido a un médico o proveedor de servicios  
médicos para la atención del VIH?

Sí

No

[*If HC-2 = "Yes"*] HC-3 ¿Cuándo fue la última vez que vio a su médico o proveedor médico de  
VIH? Introduzca el día, mes y año en formato MM / DD / AAAA. Si no recuerda el día exacto,  
ingrese solo el mes y el año.

MM/DD/AAAA

HC-4 ¿Está tomando actualmente medicamentos para tratar su VIH?

Sí

No

[If HC-4 = No:] HC-5 ¿Ha tomado medicamentos para tratar su VIH desde su última visita el [insert date]?

Sí  
No

[If HC-4 = Yes OR HC-5 = Yes:] HC-6 ¿Cuándo empezó a tomar medicamentos para tratar su VIH? Introduzca el día, mes y año en formato MM / DD / AAAA. Si no recuerda el día exacto, ingrese solo el mes y el año.

MM/DD/AAAA

[If HC-4 = No AND HC-5 = Yes:] HC-7 ¿Cuándo dejó de tomar medicamentos para tratar su VIH? Introduzca el día, mes y año en formato MM / DD / AAAA. Si no recuerda el día exacto, ingrese solo el mes y el año.

MM/DD/AAAA

Este es el final de la encuesta.