

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).

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.

¿Está de acuerdo en participar en el estudio?

Do you agree to take part in the study?

-  Si Yes
 No No

* must provide value



reset

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.

We are asking you to agree to freeze part of your blood and oral fluid specimens at the CDC for future use. We may use these samples for research in the future. Nothing that could be linked to you will be kept with your blood or oral fluid specimens. We are not sure what studies might be done in the future. They might include standard tests as done at hospitals, tests for HIV or other viruses or on your immune system (ability to fight infection). We will not test for genetic problems or use the blood or oral fluid specimens for cloning or commercial purposes.

¿Está de acuerdo con el almacenamiento de sus muestras para uso futuro?

Do you agree to storage of your specimens for future use?

-  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. Yes, I give consent for my blood and oral fluid specimens to be stored at CDC for the future use as outlined above.
-  No, NO DOY mi consentimiento para que mis muestras de sangre y fluidos orales se almacenen en CDC para investigaciones futuras. No, I DO NOT give consent for my blood and oral fluid specimens to be stored at CDC for future research.

* must provide value

reset

¿Ha participado anteriormente en un estudio de vacuna contra el VIH?

Have you previously participated in an HIV vaccine trial?

* must provide value

- Si Yes
 No No
 No lo sé Don't know

reset

¿Qué recibió como parte de su participación en el estudio?

Which did you receive as part of your study participation?

* must provide value

- Una vacuna vaccine A vaccine
 Un placebo A placebo
 No sé/nunca supe cuál recibí Don't know/I never learned which one I received

reset

Desde su última visita en 05-13-2021, ¿ha tenido alguno de estos síntomas? Marque todo lo que corresponda.

Since your last visit on 05-13-2021, have you had any of these symptoms? Check all that apply.

* must provide value

- Dolor de garganta Sore throat
 Fiebre o escalofríos Fever and/or chills
 Náusea Nausea
 Vómitos Vomiting
 Diarrea Diarrhea
 Dolor(es) de cabeza Headache(s)
 Fatiga Fatigue
 Mialgia o dolor en sus articulaciones o músculos Soreness or pain in your joints or muscles
 Ganglios linfáticos inflamados o adoloridos Swollen or sore lymph nodes
 Erupción en el cuerpo Body rash
 Llagas, protuberancias o erupciones en los genitales Sores, bumps, or rashes on your genitals
 Cambios en la audición o la visión Changes in hearing or vision
 Sarpullido en las palmas de las manos o en las plantas de los pies Rash on the palms of your hands or the soles of your feet
 Dolor abdominal Abdominal pain
 No he experimentado ninguno de estos síntomas desde mi última visita I haven't experienced any of these symptoms since my last visit
 Negarse a responder Refuse to answer

Usted dijo que tuvo dolor de garganta desde tu última visita 05-13-2021. ¿Tienes dolor de garganta hoy?

You said that you have had a sore throat since your last visit on 05-13-2021. Do you have a sore throat today?

* must provide value

Si Yes
 No No

reset

¿Cuándo experimentó dolor de garganta por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience a sore throat? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

* must provide value

Format: MM/DD/AAAA

¿Cuándo fue la última vez que experimentó dolor de garganta? 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/AAAA).

When did you last experience a sore throat? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

* must provide value

Format: MM/DD/AAAA

Usted dijo que tuvo fiebre o escalofríos desde tu última visita 05-13-2021. ¿Tienes fiebre o escalofríos hoy?

You said that you have had a fever and/or chills since your last visit on 05-13-2021. Do you have a fever and/or chills today?

* must provide value

Si Yes
 No No

reset

¿Cuándo experimentó fiebre o escalofríos por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience a fever and/or chills? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

* must provide value

Format: MM/DD/AAAA

¿Cuándo fue la última vez que experimentó fiebre o escalofríos? 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/AAAA).

When did you last experience a fever and/or chills? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

* must provide value

Format: MM/DD/AAAA

Usted dijo que tuvo náusea desde tu última visita 05-13-2021.

¿Tienes náusea hoy?

You said that you have had nausea since your last visit on 05-13-2021. Do you have nausea today?

Si Yes
 No No

reset

* must provide value

¿Cuándo experimentó náusea por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience nausea? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

¿Cuándo fue la última vez que experimentó náusea? 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/AAAA).

When did you last experience nausea? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

Usted dijo que tuvo vómitos desde tu última visita 05-13-2021.

¿Tienes vómitos hoy?

You said that you have experienced vomiting since your last visit on 05-13-2021. Did you vomit today?

Si Yes
 No No

reset

* must provide value

¿Cuándo experimentó vómitos por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience vomiting? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

¿Cuándo fue la última vez que experimentó vómitos? 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/AAAA).

When did you last experience vomiting? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

Usted dijo que tuvo diarrea desde tu última visita 05-13-2021.

¿Tienes diarrea hoy?

You said that you have experienced diarrhea since your last visit on 05-13-2021. Did you have diarrhea today?

Si Yes
 No No

reset

* must provide value

¿Cuándo experimentó diarrea por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience diarrhea? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

¿Cuándo fue la última vez que experimentó diarrea? 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/AAAA).

When did you last experience diarrhea? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

Usted dijo que tuvo dolor(es) de cabeza desde tu última visita 05-13-2021. ¿Tienes dolor(es) de cabeza hoy?

You said that you have experienced a headache since your last visit on 05-13-2021. Do you have a headache today?

Si Yes
 No No

reset

* must provide value

¿Cuándo experimentó dolor(es) de cabeza por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience a headache? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

¿Cuándo fue la última vez que experimentó dolor(es) de cabeza? 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/AAAA).

When did you last experience a headache? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

Usted dijo que tuvo fatiga desde tu última visita 05-13-2021. ¿Tienes fatiga hoy?

You said that you have experienced fatigue since your last visit on 05-13-2021. Do you have fatigue today?

Si Yes
 No No

reset

* must provide value

¿Cuándo experimentó fatiga por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience fatigue? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

¿Cuándo fue la última vez que experimentó fatiga? 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/AAAA).

When did you last experience fatigue? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

Usted dijo que tuvo mialgia o dolor en sus articulaciones o músculos desde tu última visita 05-13-2021. ¿Tienes mialgia o dolor en sus articulaciones o músculos hoy?

You said that you have experienced soreness or pain in your muscles or joints since your last visit on 05-13-2021. Do you have soreness or pain in your muscles or joints today?

Si Yes
 No No

reset

* must provide value

¿Cuándo experimentó mialgia o dolor en sus articulaciones o músculos por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience soreness or pain in your muscles or joints? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

¿Cuándo fue la última vez que experimentó mialgia o dolor en sus articulaciones o músculos? 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/AAAA).

When did you last experience soreness or pain in your muscles or joints? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

Usted dijo que tuvo ganglios linfáticos inflamados o adoloridos desde tu última visita 05-13-2021. ¿Tienes ganglios linfáticos inflamados o adoloridos hoy?

You said that you have experienced swollen or sore lymph nodes since your last visit on 05-13-2021. Do you have swollen or sore lymph nodes today?

* must provide value

Si Yes
 No No

reset

¿Cuándo experimentó ganglios linfáticos inflamados o adoloridos por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience swollen or sore lymph nodes? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

* must provide value

Format: MM/DD/AAAA

¿Cuándo fue la última vez que experimentó ganglios linfáticos inflamados o adoloridos? 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/AAAA).

When did you last experience swollen or sore lymph nodes? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

* must provide value

Format: MM/DD/AAAA

Usted dijo que tuvo erupción en el cuerpo desde tu última visita 05-13-2021. ¿Tienes erupción en el cuerpo hoy?

You said that you have experienced a body rash since your last visit on 05-13-2021. Do you have a body rash today?

* must provide value

Si Yes
 No No

reset

¿Cuándo experimentó erupción en el cuerpo por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience a body rash? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

* must provide value

Format: MM/DD/AAAA

¿Cuándo fue la última vez que experimentó erupción en el cuerpo? 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/AAAA).

When did you last experience a body rash? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

* must provide value

Format: MM/DD/AAAA

Usted dijo que tuvo llagas, protuberancias o erupciones en los genitales desde tu última visita 05-13-2021. ¿Tienes llagas, protuberancias o erupciones en los genitales hoy?

You said that you have experienced sores, bumps, or rashes on your genitals since your last visit on 05-13-2021. Do you have sores, bumps, or rashes on your genitals today?

Si Yes
 No No

reset

* must provide value

¿Cuándo experimentó llagas, protuberancias o erupciones en los genitales por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience sores, bumps, or rashes on your genitals? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

¿Cuándo fue la última vez que experimentó llagas, protuberancias o erupciones en los genitales? 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/AAAA).

When did you last experience sores, bumps, or rashes on your genitals? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

Usted dijo que tuvo cambios en la audición o la visión desde tu última visita 05-13-2021. ¿Tienes cambios en la audición o la visión hoy?

You said that you have experienced changes in your hearing or vision since your last visit on 05-13-2021. Do you have changes in your hearing or vision today?

Si Yes
 No No

reset

* must provide value

¿Cuándo experimentó cambios en la audición o la visión por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience changes in your hearing or vision? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

¿Cuándo fue la última vez que experimentó cambios en la audición o la visión? 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/AAAA).

When did you last experience changes in your hearing or vision? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

Usted dijo que tuvo sarpullido en las palmas de las manos o en las plantas de los pies desde tu última visita 05-13-2021. ¿Tienes sarpullido en las palmas de las manos o en las plantas de los pies hoy?

You said that you have experienced rashes on the palms of your hands or on the soles of your feet since your last visit on 05-13-2021. Do you have rashes on the palms of your hands or on the soles of your feet today?

Si Yes
 No No

reset

* must provide value

¿Cuándo experimentó sarpullido en las palmas de las manos o en las plantas de los pies por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience rashes on the palms of your hands or on the soles of your feet? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

¿Cuándo fue la última vez que experimentó sarpullido en las palmas de las manos o en las plantas de los pies? 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/AAAA).

When did you last experience a rash on the palms of your hands or on the soles of your feet? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

Usted dijo que tuvo dolor abdominal desde tu última visita 05-13-2021. ¿Tienes dolor abdominal hoy?

You said that you have experienced abdominal pain since your last visit on 05-13-2021. Do you have abdominal pain today?

Si Yes
 No No

reset

* must provide value

¿Cuándo experimentó dolor abdominal por primera vez? 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/AAAA).

When did you first experience abdominal pain? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

¿Cuándo fue la última vez que experimentó dolor abdominal? 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/AAAA).

When did you last experience abdominal pain? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the exact day, please just enter the month and the year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

¿Acudió Visitó a un médico o proveedor de atención médica a la salud antes de hoy de esta cita debido a su(s) síntoma(s)?

Did you go to a doctor or health care provider because of your symptom(s)?

* must provide value

Si Yes
 No No

reset

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

Did you miss work or school because of your symptom(s)?

* must provide value

Si Yes
 No No
 No lo sé Don't know

reset

¿Fue hospitalizado debido a su(s) síntoma(s)?

Were you hospitalized because of your symptom(s)?

* must provide value

Si Yes
 No No

reset

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

Do you currently have a doctor or medical provider for HIV care?

* must provide value

Si Yes
 No No

reset

Desde su última visita el 05-13-2021, ¿ha ido a un médico o proveedor de servicios médicos para la atención del VIH?

Since your last visit on 05-13-2021, have you been to a doctor or medical provider for HIV care?

* must provide value

Si Yes
 No No

reset

¿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/AAAA).

When did you last see your HIV doctor or medical provider? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the day, please just enter the month and year (MM/YYYY).

* must provide value

Format: MM/DD/AAAA

¿Está tomando actualmente medicamentos para tratar su VIH?

Are you currently taking medicines to treat your HIV?

* must provide value

Si Yes
 No No

reset

¿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/AAAA).

When did you start taking medicines to treat your HIV? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the day, please just enter the month and year (MM/YYYY).

* must provide value

Format: MM/DD/AAAA

¿Está tomando actualmente medicamentos para tratar su VIH?

Are you currently taking medicines to treat your HIV?

Si Yes
 No No

* must provide value

reset

¿Ha tomado medicamentos para tratar su VIH desde su última visita el 05-13-2021?

Have you taken medicines to treat your HIV since your last visit on 05-13-2021?

Si Yes
 No No

* must provide value

reset

¿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/AAAA).

When did you start taking medicines to treat your HIV? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the day, please just enter the month and year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

¿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/AAAA).

When did you stop taking medicines to treat your HIV? Please enter a day, month, and year in MM/DD/YYYY format. If you cannot remember the day, please just enter the month and year (MM/YYYY).

Format: MM/DD/AAAA

* must provide value

This is the end of the survey. Please save and exit.