

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

TRANSCEND: Transgender Status-neutral Community-to-clinic Models to End the
HIV Epidemic

Attachment 3a

Client Intake Form

Translations to Spanish and Haitian Creole

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 8 minutes per response by each client, including the time for reviewing instructions 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-New)

TRANSCEND Intake Form

Welcome to <CBO or Clinic name>! TRANSCEND is a four-year project funded by the Centers for Disease Control (CDC). In this project, clinics and community-based organizations that serve transgender people are working together to provide complete healthcare including HIV testing, HIV prevention with PrEP, HIV treatment, gender-affirming hormone therapy, and other services. We want to understand the best strategies to help transgender people get into clinical care, stay in care, and to be as healthy as possible.

The information you provide now, and information routinely gathered or recorded as part of your care, will help <CBO or Clinic name> and CDC understand how effective TRANSCEND is in delivering these services. Every effort will be made to keep the information collected about you confidential and private. Your name, contact information, and date of birth will not be shared with CDC and will be kept private. If you are interested in participating in this project as you receive services at <CBO name> and <Clinic name>, please answer the following questions, which should take approximately 10 minutes to complete. The care that you receive at <CBO or Clinic name> will not be impacted by your decision to participate or not.

TRANSCEND ID: ___<Generated by CBO/Clinic>_____

Today's Date: MM/DD/YYYY

Name (current):_____

Name (legal):_____

Intake Information:

TRANSCEND Site: <CBO name> or <Clinic name>

Is this your first time visiting <CBO name>? Yes No Not applicable

Is this your first time visiting <Clinic name>? Yes No Not applicable

What is the reason for your visit today? (check all that apply)

- Establish primary care HIV testing STI testing HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP)
- HIV postexposure prophylaxis (PEP) HIV treatment Gender-affirming hormone therapy Other gender-affirming care Support services (housing, transportation)
- Mental or behavioral health Substance use treatment
- Other_____

Do you have an interest in the following support services? (check all that apply)

Housing Insurance Transportation Employment Legal Food

Other _____

Are you interested in personal assistance to help you to access the services you are interested in?

Yes No

Have you been referred to <CBO name> or <Clinic name> by another organization?

Yes No

If yes, who referred you? _____

Gender-affirming care:

Are you currently using gender-affirming hormone therapy?

Yes No

If yes, do you share a needle or syringe for hormone therapy?

Yes No Not applicable

If not, are you interested in using hormone therapy?

Yes No

Client Information:

Date of Birth: MM/DD/YYYY _____ (*only birth year will be shared with CDC*)

How do you describe your race (select all that apply)?

American Indian/Alaska Native Asian Black or African American

Native Hawaiian/Pacific Islander White Other: _____ Prefer not to answer

How do you describe your ethnicity?

Hispanic or Latino/a Not Hispanic or Latino/a Prefer not to answer

How do you currently describe yourself (select all that apply):

Male Female Transgender man/male Transgender woman/female Non-binary / genderqueer

Prefer not to answer

I use a different term: _____

What sex were you assigned at birth?

Male Female Prefer not to answer

Sexual history:

Understanding a person's sexual behaviors is an important part of regular medical care and is also important to understand whether a person may benefit from HIV prevention and care services. The next few questions are about the kind of sex you have had and the body parts that you used for sex in the past 6 months. These questions use anatomic terms, which may not be the way you think of or refer to these body parts, but please answer as best you can.

Have you had sex in the past 6 months

Yes No Prefer not to answer

In the past 6 months, did you engage in any of the following (check all that apply):

- Receptive anal sex (when a penis is in your butt)
- Insertive anal sex (when you put your penis in a butt)
- Receptive vaginal sex (when a penis is in your vagina)
- Insertive vaginal sex (when you put your penis in a vagina)
- Receptive oral sex (when a penis is in your mouth or when a mouth is on your vagina)
- Insertive oral sex (when you put your penis in a mouth, or you put your mouth on a vagina)
- Prefer not to answer

Did you use condoms while engaging in anal or vaginal sex in the past 6 months?

Always Sometimes Never Prefer not to answer

In the past 6 months, how many sex partners did you have? _____

In the past 6 months, did you have sex with a person with HIV?

Yes No Do not know

Substance Use Behavior:

Understanding a person's substance use behavior is an important part of regular medical care and is also important to understand whether a person may benefit from HIV prevention and care services. The next few questions are about your substance use behaviors in the past 6 months.

In the past 6 months, did you inject drugs other than for hormone therapy (with a needle or syringe)?

Yes No Prefer not to answer

If yes, did you share any of your injection equipment with another person?

Yes No Prefer not to answer

In the past 6 months, did you use any of the following (check all that apply):

Alcohol Marijuana Methamphetamine Cocaine Opioids

Other _____ Prefer not to answer

HIV Testing:

Have you had an HIV test in the last six months?

Yes No

What was the result on your most recent HIV test?

Positive Negative Unknown Prefer not to answer

Spanish Translation

Formulario de ingreso de TRANSCEND

¡Bienvenido/a a <nombre del centro médico o de la organización comunitaria>! TRANSCEND es un proyecto de 4 años de duración financiado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). En este proyecto, los centros médicos y las organizaciones comunitarias que prestan servicios a las personas transgénero trabajan juntos para brindarles atención médica completa, la cual incluye pruebas del VIH, prevención del VIH con PrEP, tratamiento del VIH, terapia hormonal de afirmación de género y otros servicios. Queremos entender las mejores estrategias para ayudar a las personas transgénero a obtener la atención médica, mantenerse bajo atención médica y estar lo más sanas posible.

La información que brinde hoy, así como la que se reúna o registre de manera rutinaria como parte de su atención, ayudará a <nombre del centro médico o de la organización comunitaria> y a los CDC a entender qué tan eficaz es TRANSCEND para prestar estos servicios. Haremos todo lo posible por mantener la confidencialidad y privacidad de la información recolectada sobre usted. Su nombre, información de contacto y fecha de nacimiento se mantendrán confidenciales y no se compartirán con los CDC. Si le interesa participar en este proyecto al recibir servicios en <nombre de la organización comunitaria> y <nombre del centro médico>, responda las siguientes preguntas, lo que le tomará alrededor de 10 minutos. Su decisión de participar o no en el proyecto no afectará la atención que reciba en <nombre del centro médico o de la organización comunitaria>.

ID de TRANSCEND: ____ <Generada por la organización comunitaria o el centro médico> _____

Fecha de hoy: MM/DD/AAAA _____

Nombre (actual): _____

Nombre (legal): _____

Información de ingreso:

Sitio de TRANSCEND: <nombre de la organización comunitaria> o <nombre del centro médico>

¿Es esta la primera vez que visita <nombre de la organización comunitaria>? Sí No No corresponde

¿Es esta la primera vez que visita <nombre del centro médico>? Sí No No corresponde

¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? (Marque todo lo que corresponda).

Establecer atención primaria Pruebas del VIH Pruebas de ITS Profilaxis preexposición (PrEP) para el VIH Profilaxis posexposición (PEP) para el VIH Tratamiento del VIH Terapia hormonal de afirmación de género Otra atención relacionada con la afirmación de género Servicios de apoyo (vivienda y transporte) Salud mental o del comportamiento Tratamiento para el consumo de sustancias

Otro _____

¿Le interesan los siguientes servicios de apoyo? (Marque todo lo que corresponda).

Vivienda Seguros Transporte Empleo Legales Alimentos

Otro _____

¿Desea tener asistencia personal para ayudarle a acceder a los servicios que le interesan? Sí No

¿Fue referido/a a <nombre de la organización comunitaria> o <nombre del centro médico> por otra organización? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién lo refirió? _____

Atención relacionada con la afirmación de género:

¿Está actualmente usando terapia hormonal de afirmación de género?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿comparte agujas o jeringas para la terapia hormonal?

Sí No No corresponde

Si la respuesta es no, ¿le interesaría usar terapia hormonal?

Sí No

Información del cliente:

Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA _____ (solo el año de nacimiento se compartirá con los CDC)

¿Cómo describe su raza? (Seleccione todo lo que corresponda)

Indígena de los EE. UU. o nativa de Alaska Asiática Negra o afroamericana

Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico Blanca Otra: _____ Prefiere no contestar

¿Cómo describe su grupo étnico?

Hispano o latino No hispano o latino Prefiere no contestar

¿Cómo se describe actualmente? (Seleccione todo lo que corresponda):

Hombre Mujer Hombre transgénero/masculino Mujer transgénero/femenino persona no binaria/de género queer Prefiere no contestar

Uso un término diferente: _____

¿Qué sexo le asignaron al nacer?

Masculino Femenino Prefiere no contestar

Antecedentes sexuales:

Entender los comportamientos sexuales de una persona es una parte importante de la atención médica regular y también es importante para entender si una persona se puede beneficiar de los servicios de prevención y atención del VIH. Las siguientes preguntas son sobre el tipo de relaciones sexuales que ha tenido y las partes del cuerpo que ha usado en las relaciones sexuales en los últimos 6 meses. Estas preguntas usan términos de la anatomía, y puede que esta no sea la manera en la que piensa o se refiere a esas partes del cuerpo, pero conteste lo mejor que pueda.

¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?

Sí No Prefiere no contestar

En los últimos 6 meses, ¿participó en alguna de estas actividades sexuales? (Marque todo lo que corresponda):

Relaciones sexuales anales receptivas (cuando introducen un pene en su trasero [ano])

Relaciones sexuales anales insertivas (cuando usted introduce su pene en un trasero [ano])

Relaciones sexuales vaginales receptivas (cuando introducen un pene en su vagina)

Relaciones sexuales vaginales insertivas (cuando usted introduce su pene en una vagina)

Relaciones sexuales orales receptivas (cuando introducen un pene en su boca o cuando le ponen la boca en su vagina)

Relaciones sexuales orales insertivas (cuando usted introduce su pene en una boca o pone su boca en una vagina)

Prefiere no contestar

¿Usó condones al tener relaciones sexuales vaginales o anales en los últimos 6 meses?

Siempre Algunas veces Nunca Prefiere no contestar

En los últimos 6 meses, ¿cuántas parejas sexuales ha tenido? _____

En los últimos 6 meses, ¿tuvo relaciones sexuales con una persona con el VIH?

Sí No No sabe

Comportamiento de uso de sustancias:

Entender el comportamiento de una persona respecto del uso de sustancias es una parte importante de la atención médica regular y también es importante para entender si una persona se puede beneficiar de los servicios de prevención y atención del VIH. Las siguientes preguntas son sobre su comportamiento respecto del uso de sustancias en los últimos 6 meses.

En los últimos 6 meses, ¿se inyectó drogas con una aguja o jeringa? (No incluye las inyecciones de terapia hormonal)

Sí No Prefiere no contestar

Si la respuesta es sí, ¿compartió algo del equipaje de inyección de drogas con otra persona?

Sí No Prefiere no contestar

En los últimos 6 meses, ¿consumió algo de lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda):

Alcohol Marihuana Metanfetaminas Cocaína Opioides

Otra _____ Prefiere no contestar

Prueba del VIH:

¿Se ha hecho una prueba del VIH en los últimos seis meses?

Sí No

¿Cuál fue el resultado de su última prueba del VIH?

Positivo Negativo No sabe Prefiere no contestar

MLS- 338461

Haitian Creole Translation

Fòm Admisyon nan TRANSCEND

Nou Kontan Wè ou nan <CBO or Clinic name>! TRANSCEND se yon pwojè sou katran Sant pou Kontwòl Maladi (Centers for Disease Control, CDC) finanse. Nan pwojè sa a, klinik ak òganizasyon kominotè ki bay sèvis pou moun ki chanje sèks yo ap travay ansanm pou bay swen sante konplè tankou tès pou VIH, prevansyon VIH avèk PReP, tretman pou VIH, terapi òmonal pou afimasyon sèks, ak kèk lòt sèvis. Nou vle konprann pi bon estrateji yo pou ede moun ki chanje sèks yo resevwa swen klinik, rete nan swen epi pou yo an sante otank posib.

Enfòmasyon ou bay nan fòm sa a, ak enfòmasyon nou rasanble oswa anrejistre nòmalmman pandan n ap ba ou swen an pral ede <CBO or Clinic name> ak CDC konprann fason TRANSCEND efikas nan bay sèvis sa yo. Nou pral fè tout efò pou kenbe enfòmasyon nou pran sou yo konfidansyèl ak prive. Nou p ap bay non ou, enfòmasyon kontak ou ak dat nesans ou ba CDC epi n ap kenbe enfòmasyon sa yo konfidansyèl. Si ou enterese patisipe nan pwojè sa a pandan w ap resevwa sèvis yo nan <CBO name> ak <Clinic name>, tanpri reponn kesyon sa yo, ki ta dwe pran apeprè 10 minit pou fini. Desizyon ou pou patisipe oswa pou pa patisipe p ap gen konsekans sou swen ou resevwa nan <CBO or Clinic name>.

ID TRANSCEND: ___<Kreye nan CBO/Clinic>_____

Dat Jodi a: MWA/JOU/ANE)

Non (regilye): _____

Non (legal): _____

Enfòmasyon pou admisyon:

Sant TRANSCEND: <Non CBO> oswa <non Klinik>

Èske se premye fwa ou vini nan <non CBO>? Wi Non Pa konsène mwen

Èske se premye fwa ou vini nan <Clinic name>? Wi Non Pa konsène mwen

Pou ki rezon ou vini isit la jodi a? (Tcheke tout sa ki konsène ou)

Mete anplas swen prensipal tès pou VIH tès pou STI Pwofilaksi paske mwen te ekspoze nan VIH anvan (PrEP)

Pwofilaksi paske mwen te ekspoze nan VIH apre (PEP) tretman pou VIH Terapi òmonal pou afimasyon sèks Lòt kalite swen pou afimasyon sèks Sèvis sipò (lojman, transpò)

Sante mantal oswa konpòtmantal Tretman pou itilizasyon alkòl/dwòg

Lòt sèvis _____

Èske ou gen yon enterè nan sèvis sipò sa yo? (Tcheke tout sa ki konsène ou)

Lojman Asirans Transpò Travay Legal Manje

Lòt sèvis _____

Èske ou enterese jwenn asistans pèsònèl pou ede resevwa sèvis ki enterese ou yo? Wi Non

Èske yon lòt òganizasyon te ba ou referans pou vini nan <CBO name oswa <Clinic name>?

Wi Non

Si ou reponn wi, kimoun ki te ba ou referans lan? _____

Swen pou konfimasyon sèks:

Èske w ap itilize terapi pou afimasyon sèks nan moman an?

Wi Non

Si ou reponn wi, èske ou itilize menm zegwi oswa sereng avèk lòt moun pou terapi òmonal?

Wi Non Pa konsène mwen

Si ou reponn non, èske ou enterese itilize terapi òmonal?

Wi Non

Enfòmasyon Kliyan:

Dat Nesans: MWA/JOU/ANE _____ (n ap bay ane nesans ou sèlman ba CDC)

Kijan ou dekri ras ou (chwazi tout sa ki konsène ou)

Ameriken natifnatal /Natifnatal Alaska Azyatik Nwa oswa Afriken-Ameriken

Natifnatal Hawaii/ Natifnatal Zile Pasifik Blan Lòt ras: _____ Mwen pito pa reponn

Kijan ou dekri gwoup etnik ou?

Panyòl oswa Latino/a Pa Panyòl oswa Latino/a Mwen pito pa reponn

Fason ou dekri tèt ou nan moman an (chwazi tout sa ki konsène ou)

Gason Fanm Fanm ki chanje sèks/gason gason ki chanje sèks/fanm non-binary / genderqueer Mwen pito pa reponn

Mwen itilize yon tèm diferan: _____

Ki sèks ou te genyen lè ou te fèt?

Gason Fanm Mwen piti pa reponn

Istwa seksyèl:

Entèpretasyon konpòtman seksyèl yon moun se yon pati enpòtan swen medikal regilye epi sa enpòtan tou pou konprann si yon moun ka jwenn avantaj nan sèvis prevansyon ak swen pou VIH. Pwochen kèk kesyon yo konsène kalite sèks ou te genyen ak pati kò ou te itilize pou sèks nan dènye 6 mwa yo. Kesyon sa yo itilize tèm anatomik, ki ka pa fason ou panse oswa konsidere pati kò sa yo, men tanpri bay pi bon repons ou kapab.

Èske ou te nan aktivite sèks nan dènye 6 mwa yo

Wi Non Mwen pito pa reponn

Nan dènye 6 mwa yo, èske ou te angaje nan nenpòt nan sa ki endike anba a (chwazi tout sa ki konsène ou):

Sèks anal reseptif (lè yon peni antre nan twou dèyè ou)

Sèks anal ensètif (lè ou mete peni ou nan yon twou dèyè)

Sèks Vajinal reseptif (lè yon peni antre nan vajen ou)

Sèks Vajinal ensètif (lè ou mete peni ou nan yon vajen)

Sèks oral reseptif (lè yon peni nan bouch ou oswa lè yon bouch nan vajen ou)

Sèks oral ensètif (lè ou mete peni ou nan yon bouch, oswa lè ou mete bouch ou nan yon vajen)

Mwen pito pa reponn

Èske ou te sèvi avèk kapòt pandan ou te angaje nan sèks vajinal nan dènye 6 mwa yo?

Toujou Pafwa Jamè Mwen pito pa reponn

Nan dènye 6 mwa yo, konbyen patnè seksyèl ou te genyen? _____

Nan dènye 6 mwa yo, èske ou te nan sèks avèk yon moun ki gen VIH?

Wi Non Mwen pa konnen

Konpòtman akòz Itilizasyon Alkòl/ Dwòg:

Entèpretasyon konpòtman Abi alkòl oswa dwòg moun se yon pati enpòtan swen medikal regilye epi sa enpòtan tou pou konprann si yon moun ka jwenn avantaj nan sèvis prevansyon ak swen pou VIH. Pwochen kesyon yo konsène konpòtman ou nan itilizasyon alkòl/dwòg nan dènye 6 mwa yo.

Nan dènye 6 mwa yo, èske ou te enjekte dwòg nan kò ou pou terapi òmonal (avèk yon zegwi oswa sereng)?

Wi Non Mwen pito pa reponn

Si ou reponn wi, èske ou te kite yon lòt moun sèvi avèk ekipman enjeksyon ou?

Wi Non Mwen pito pa reponn

Nan dènye 6 mwa yo, èske ou te angaje nan nenpòt nan sa ki endike anba a (chwazi tout sa ki konsène ou):

Alkòl Mariwana Metamfetamin Kokayin Opiyoyid/ opyòm

Lòt kalite dwòg _____ Mwen pito pa reponn

Tès pou VIH:

Èske ou te fè yon tès pou VIH nan dènye sis mwa yo?

Wi Non

Kisa rezilta a e ye pou dènye tès ou te fè pou VIH?

Pozitif Negatif Enkoni Mwen pito pa reponn