

ATLANTA EMA ENCUESTA PARA PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA

Patrocinado por Ryan White Parte A Servicios de Salud de VIH Consejo de Planificación y el Gobierno del Condado de Fulton Programa de Ryan White

INTRODUCCIÓN

Gracias por su participación en esta encuesta. Al cumplirla, usted ayudará en la planificación de servicios del tratamiento de VIH y SIDA en Atlanta y los condados circundantes.

Para cada pregunta en la encuesta, marque o escriba una respuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor tome el tiempo que necesita para responder a cada pregunta basada en sus experiencias. Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor pida al entrevistador.

Sus respuestas son completamente privadas. Su nombre nunca será conectado a sus respuestas.

Se Necesita ID Confidencial

Vamos a preguntar muchas personas viviendo con VIH/SIDA a responder a estas preguntas. Por favor haga una identificación privada para la parte superior de cada página. Esta identificación es única a usted, y protegerá su privacidad.

¿Qué es la primera inicial de su primer nombre?

¿Qué es la última inicial de su apellido?

¿Qué es el mes de su cumpleaños?

¿Qué es el día de su cumpleaños?

¿Qué es la primera letra del primer nombre de su madre?
(Si no se sabe, escriba la primera letra de del primer nombre de su padre)

(01=Jan, 02=Feb, 03=Mar, 04=Abr, 05=Mayo, 06=Jun, 07=Jul, 08=Ago, 09=Sep, 10=Oct, 11=Nov, 12=Dic)

Por favor copie el ID que ha creado en la parte superior de cada página de esta encuesta.

Iniciales del entrevistador: _____

Sitio de la entrevista: _____

La fecha de hoy: ____/____/____

1. Esta encuesta es SOLAMENTE para personas con VIH/SIDA. ¿Sabe usted su estado de VIH? (Seleccione 1)	
Soy VIH positivo <i>(vaya a la próxima pregunta)</i>	<input type="checkbox"/>
Yo tengo el SIDA <i>(vaya a la próxima pregunta)</i>	<input type="checkbox"/>
Soy VIH negativo <i>(PARE)</i>	<input type="checkbox"/>
Yo no sé <i>(PARE)</i>	<input type="checkbox"/>

2. ¿En qué código postal y el condado vive usted? _____
<input type="checkbox"/> Chequee aquí si actualmente está sin hogar

3. ¿Cuándo nació? _____ / _____
Mes año

4. ¿Qué es su género? (Marque 1 respuesta)	
Hombre	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>
Transgénero – Hombre a mujer (MTF)	<input type="checkbox"/>
Transgénero – Mujer a hombre (FTM)	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique)	<input type="checkbox"/>

5. ¿Qué es su origen étnico? (Marque todos que se apliquen)	
Indígena/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>
Asiático/de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>
Negro/de origen Africano (no Hispano)	<input type="checkbox"/>
Hispano/Latino	<input type="checkbox"/>
Blanco/Caucásico (no Hispano)	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

5a. ¿Si no habla Inglés, qué otra idioma habla con más frecuencia en la casa? _____

6. Se considera usted: (Marque 1 respuesta)	
Heterosexual	<input type="checkbox"/>
Homosexual – Hombre	<input type="checkbox"/>
Lesbiana	<input type="checkbox"/>
Bisexual	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

7. ¿Qué es el curso más avanzado que ha cumplido usted? (Marque 1 respuesta)	
Algo del colegio	<input type="checkbox"/>
Me gradué del colegio/GED	<input type="checkbox"/>
Algo de la universidad/Universidad de 2 años/	<input type="checkbox"/>

Escuela vocacional	<input type="checkbox"/>
Cumplí una universidad de 4 años	<input type="checkbox"/>
Curso de posgrado	<input type="checkbox"/>

8. ¿Dónde vive actualmente? (Marque 1 respuesta)	
En un apartamento/casa de que soy dueño/a	<input type="checkbox"/>
En un apartamento/casa que alquilo	<input type="checkbox"/>
En la casa/apartamento de mis padres/familia	<input type="checkbox"/>
Vivo con alguien y <u>no</u> pago renta/alquilar	<input type="checkbox"/>
Habitación Individual (SRO) <u>con</u> alquiler/hotel	<input type="checkbox"/>
Habitación Individual (SRO) <u>sin</u> alquiler	<input type="checkbox"/>
En una programa de vivienda	<input type="checkbox"/>
En un centro de reinserción social	<input type="checkbox"/>
Casa de reposo (facilidad de asistencia)	<input type="checkbox"/>
Sin hogar (en la calle/en un carro)	<input type="checkbox"/>
Refugio para personas sin hogar	<input type="checkbox"/>
Hospicio	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

9. ¿El gobierno o otra organización le paga o le ayuda pagar para su vivienda?	
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> No sé	
<input type="checkbox"/> Sin hogar	
<input type="checkbox"/> Sí (Marque todos que se apliquen)	
<input type="checkbox"/> Sección 8	
<input type="checkbox"/> HOPWA	
<input type="checkbox"/> Vivo en una vivienda pública	
<input type="checkbox"/> Vivo en un hogar para personas con VIH	
<input type="checkbox"/> Recibo ayuda, no sé como se llama	
<input type="checkbox"/> Otro tipo de ayuda	

10. ¿Por cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual?	
Menos de un mes	<input type="checkbox"/>
Uno a dos meses	<input type="checkbox"/>
Tres a seis meses	<input type="checkbox"/>
Seis meses a un año	<input type="checkbox"/>
Más que un año	<input type="checkbox"/>

11. En los últimos 2 años, ¿ha necesitado usted cualquiera de estos servicios? (Marque todos que se apliquen)	
Ayuda al buscar una vivienda	<input type="checkbox"/>
Una vivienda permanente	<input type="checkbox"/>
Una vivienda temporal <i>(i.e., centro de reinserción,</i>	<input type="checkbox"/>

<i>refugio para personas sin hogar, habitación individual)</i>	<input type="checkbox"/>
Una vivienda donde mi hijos pueden vivir conmigo	<input type="checkbox"/>
Casa de reposo, tratamiento de drogas/ psiquiatría	<input type="checkbox"/>
Dinero para pagar la factura de servicios públicos	<input type="checkbox"/>
Dinero para pagar el alquiler/la hipoteca	<input type="checkbox"/>
Casa para las personas viviendo con VIH/ SIDA (PLWH/A) (Vivienda en residencia asistida)	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>
Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/>

12. Al pensar de su vivienda ahora: ¿cuales de estos le impide a encargarse de su VIH/SIDA? (Marque todos que se apliquen)

No tengo una habitación segura y/o privada	<input type="checkbox"/>
No tengo una cama para dormir	<input type="checkbox"/>
No tengo un lugar para guardar mis medicamentos	<input type="checkbox"/>
No tengo un teléfono donde alguien me puede llamar	<input type="checkbox"/>
No tengo bastante comida para comer	<input type="checkbox"/>
No tengo dinero para pagar el alquiler	<input type="checkbox"/>
No tengo calefacción y/o acondicionador de aire	<input type="checkbox"/>
Tengo miedo que otros descubran que soy VIH +	<input type="checkbox"/>
No puedo dejar de hacer las drogas	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

13. ¿Cuántas personas viven con usted? (Escriba el número)

Otros adultos	_____
Niños y adolescentes	_____
<i>Sí no vive con nadie, vaya a pregunta. 14</i>	

13a. ¿Hay otra persona en su casa que es VIH+?

Lea y de una respuesta para cada punto abajo

Pareja/esposa/esposo	Sí	No	No sé
Miembro de familia adulto/familiar	Sí	No	No sé
Otros adultos – no familiares	Sí	No	No sé
Niños	Sí	No	No sé

14. ¿Ha estado usted en la cárcel o la prisión por más que un mes durante el año pasado?

Sí → Pregunte # 15, 16, y 17	<input type="checkbox"/>
No → Vaya a # 18	<input type="checkbox"/>

15. ¿Recibió asistencia médica mientras estaba en la cárcel o la prisión ?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

16. Después de que usted fue liberado de la cárcel o la prisión, ¿recibió: (Marque todos que se apliquen)

Información para buscar una vivienda	<input type="checkbox"/>
Referencia a la atención médica	<input type="checkbox"/>
Una reserva de medicamentos de VIH para llevar con usted	<input type="checkbox"/>
Información sobre otros servicios	<input type="checkbox"/>
Ningunas de las anteriores	<input type="checkbox"/>

17. Si no recibió los servicios de VIH/SIDA que necesitaba después de que fue liberado, ¿por qué no? (Marque todos que se apliquen)

Sin seguro – razones del dinero	<input type="checkbox"/>
Yo no sabía donde irme	<input type="checkbox"/>
Yo no quería que nadie supiera que tengo el VIH	<input type="checkbox"/>
No podía escaparme de las drogas/el alcohol	<input type="checkbox"/>
No tenía nadie con quien podía confiarme	<input type="checkbox"/>
No tenía una manera para llagarme a los servicios	<input type="checkbox"/>
No tenía ID o documentación para ser eligible	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

18. ¿Qué mejor describe su trabajo actual (empleo)? (Marque 1 respuesta)

Trabajo a tiempo completo (32-40 hrs por semana)	<input type="checkbox"/>
Trabajo a medio tiempo (menos que 32 hrs por semana)	<input type="checkbox"/>
Trabajo a medio tiempo y recibo la discapacidad	<input type="checkbox"/>
Recibo la discapacidad – buscando trabajo	<input type="checkbox"/>
No trabajo – recibo la discapacidad complete	<input type="checkbox"/>
No trabajo – buscando trabajo	<input type="checkbox"/>
No trabajo	<input type="checkbox"/>
Estudiante/ama de casa/voluntario	<input type="checkbox"/>
Jubilado	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

19. ¿Qué es su ingreso anual estimado antes de los impuestos? (Marque 1 respuesta)

\$0 - \$10,890 (hasta \$907 al mes)	<input type="checkbox"/>
\$10,891-\$16,090 (\$908-\$1341 al mes)	<input type="checkbox"/>
\$16,091-\$21,290 (\$1342-\$1774 al mes)	<input type="checkbox"/>

\$21,291-\$26,490 (\$1775-\$2207 al mes)	<input type="checkbox"/>
\$26,491-\$31,690 (\$2208-\$2641 al mes)	<input type="checkbox"/>
\$31,691-\$36,890 (\$2642-\$3074 al mes)	<input type="checkbox"/>
Más que \$36,890 (\$3074 o más al mes)	<input type="checkbox"/>

20. ¿ Cuántas personas se apoyan con este ingreso?
(Escriba el número) _____

De ellos, ¿cuántos son menores de 24 años?
(Escriba el número) _____

21. ¿ Tiene usted el seguro médico?

Sí → Vaya a pregunta 21a

No → Vaya a pregunta 22

21a. ¿ Qué tipo del seguro médico tiene?
(Lea y de una respuesta para cada artículo que sigue)

Seguro/HMO del trabajo	S	N
Seguro de mi último trabajo - COBRA	S	N
Gastos en efectivo	S	N
Seguro privado/HMO no del trabajo	S	N
Medicare	S	N
Medicaid	S	N
Veterano	S	N
Otro (Explique) _____	S	N
No sé	S	N

22. Si NO tiene seguro: ¿qué le previene conseguirlo?
(Marque todos que se apliquen)

No puedo pagarlo

No sé donde conseguirlo

Me negaba por una previa condición médica

No tenía prueba/evidencia de mi residencia en los Estados Unidos

No califico

No es una prioridad para mi en este momento

Otro (Explique) _____

23. ¿ Cuáles de estos beneficios recibe usted?
De una respuesta para cada artículo

Vales de comida	Sí	No	No sé
Incapacidad a largo plazo privado	Sí	No	No sé
Incapacidad a corto plazo privado	Sí	No	No sé
SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)	Sí	No	No sé
SSDI (Beneficios de Incapacidad del Seguro Social)	Sí	No	No sé

Seguro de la Incapacidad del Estado(SDI)	Sí	No	No sé
VA (Beneficios de los veteranos)	Sí	No	No sé
CHAMPUS (Asistencia para los veteranos no militares)	Sí	No	No sé
Renumeración de los trabajadores	Sí	No	No sé
Seguro de vida	Sí	No	No sé
La Jubilación	Sí	No	No sé
Asistencia financiera de emergencia (Explique)	Sí	No	No sé
WIC (Comida para mujeres, bebés, y niños)	Sí	No	No sé
ADAP (Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA)	Sí	No	No sé
HICP – dinero del seguro de salud	Sí	No	No sé
TANF (Asistencia temporal a familias necesidades)	Sí	No	No sé
Otro (Explique)	Sí	No	No sé

24. ¿En qué mes y año le dió positivo del VIH?

____/____
Mes/ Año

24a. ¿En qué ciudad/estado o país le dió positivo del VIH?

____ Ciudad ____ Estado o País

25. Cuando le dió positivo del VIH, ¿qué tipo de prueba del HIV tuvo usted?

Prueba de sangre estándar	<input type="checkbox"/>
Prueba Oral (muestra de saliva)	<input type="checkbox"/>
Prueba de orina de los anticuerpos del VIH	<input type="checkbox"/>
Prueba de sangre rápido (punción del dedo)	<input type="checkbox"/>
Prueba casera	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

26. ¿Había hecho una prueba del VIH antes de que le dió positivo del VIH?

Sí → ¿Cuántas veces? _____

No

No me acuerdo

27. La primera vez que le dió positivo del VIH, ¿qué fue la razón principal que decidió hacer la prueba?
(Marque 1 respuesta)

Me sentí enfermo	<input type="checkbox"/>
Recibí un regalo o dinero por hacer la prueba	<input type="checkbox"/>

Presión social de los amigos	<input type="checkbox"/>
Presión de la familia	<input type="checkbox"/>
Mi proveedor me pidió hacer la prueba	<input type="checkbox"/>
Involucrado en el comercio sexual	<input type="checkbox"/>
Campaña de medios de comunicación	<input type="checkbox"/>
Mi trabajador social me pidió hacer la prueba	<input type="checkbox"/>
Acceso fácil a un sitio donde hacen las pruebas	<input type="checkbox"/>
No hubo una razón particular	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>
No Sé	<input type="checkbox"/>

28. ¿Alguna vez le aplazó/le pospuso hacerse la prueba del VIH?	
No → Vaya a Pregunta 29	<input type="checkbox"/>
Sí → Marque todos que se apliquen debajo	<input type="checkbox"/>
Miedo de ser positivo	<input type="checkbox"/>
Miedo que otros se enteren	<input type="checkbox"/>
Miedo de tener que tomar los medicamentos	<input type="checkbox"/>
Miedo de decírselo a mi pareja	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique)	<input type="checkbox"/>

31a. ¿No recibió atención médica para cualesquiera de las siguientes razones? (Marque todos que se apliquen)	
No supe donde irme	<input type="checkbox"/>
No pude conseguir una cita	<input type="checkbox"/>
No tuve transporte	<input type="checkbox"/>
No tuve cuidado para mis hijos	<input type="checkbox"/>
No pude pagarla	<input type="checkbox"/>
No me importó	<input type="checkbox"/>
No quise que nadie supiera que yo sea VIH positivo	<input type="checkbox"/>
No me sentí mal/enfermo	<input type="checkbox"/>
No hay bastantes médicos en mi región	<input type="checkbox"/>
No pude ausentarme del trabajo	<input type="checkbox"/>
Me sentí deprimido	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

29. ¿Cómo se enteró que tiene el VIH? (Marque 1 respuesta)	
Pedí una prueba del VIH	<input type="checkbox"/>
Hice una donación de sangre	<input type="checkbox"/>
Fui al hospital o la sala de emergencia por otra razón	<input type="checkbox"/>
Parte de un a visita del médico	<input type="checkbox"/>
Parte de la atención médica cuando yo estaba embarazada	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique)	<input type="checkbox"/>

32. ¿Quién primeramente le ayudó encontrar la atención medica después de que le dió positivo? (Marque 1 respuesta)	
Miembro de familia	<input type="checkbox"/>
Amigo/a	<input type="checkbox"/>
Doctor/proveedor de medicina	<input type="checkbox"/>
Persona que le dió los resultados de la prueba del VIH	<input type="checkbox"/>
Administrador de casos	<input type="checkbox"/>
Trabajador del department de salud (i.e., DIS, CDS, Partner Services)	<input type="checkbox"/>
La prisión/cárcel	<input type="checkbox"/>
Nadie	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

30. Después de que le dió positivo del VIH, ¿recibió un referido a una clínica?	
Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

33. ¿ Su doctor o su enfermera le dijo que usted tiene el SIDA?	
Sí → Responde al # 33a	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
Yo ya tuve el SIDA cuando me enteré que tengo el VIH	<input type="checkbox"/>

31. Después de que le dió positivo del VIH, ¿cuándo fue su primera cita con un médico? (Marque 1 respuesta)	
Dentro de un mes	<input type="checkbox"/>
Dentro de 6 meses del diagnóstico	<input type="checkbox"/>
Entre 6 meses a un año después del diagnóstico	<input type="checkbox"/>
Sí apliquen cualesquiera de los siguientes 3, marque la respuesta y continua a #31a	
Más que un año después del diagnóstico	<input type="checkbox"/>
Todavía no he visto a un médico para mi VIH	<input type="checkbox"/>
Yo he elegido no ver a un médico para mi VIH	<input type="checkbox"/>

33a. ¿Cuándo se enteró que tiene el SIDA?	
_____ / _____	
Mes Año	

34. ¿Qué es la manera más probable que se contrajo el VIH? (Marque 1 respuesta)

Relaciones sexuales con un hombre	<input type="checkbox"/>
Relaciones sexuales con una mujer	<input type="checkbox"/>
Al compartir agujas para las drogas	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>
Al nacimiento	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

35. ¿Qué fue su último conteo de células T (T-ells/CD4)?

Menos que 200	<input type="checkbox"/>
Entre 200-350	<input type="checkbox"/>
Entre 350-500	<input type="checkbox"/>
Más que 500	<input type="checkbox"/>
Nunca tuve una prueba de conteo de células T/No me dijeron los resultados	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

36. ¿Qué fue la última vez que tuvo un conteo de células T?

Dentro de un mes	<input type="checkbox"/>
En las últimas 3 meses	<input type="checkbox"/>
En las últimas 6 meses	<input type="checkbox"/>
Un año o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

37. ¿Qué fue su último cargo viral?

Indetectable o menos que 50	<input type="checkbox"/>
Entre 50 – 55,000	<input type="checkbox"/>
Más que 55,000	<input type="checkbox"/>
Nunca tuve una prueba de carga viral/No me dijeron los resultados	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

38. ¿Qué fue la última vez que tuvo una prueba del cargo viral?

Dentro de un mes	<input type="checkbox"/>
En las últimas 3 meses	<input type="checkbox"/>
En las últimas 6 meses	<input type="checkbox"/>
Un año o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

39. ¿Cuándo fue su última visita con un médico, una enfermera, o otro proveedor de medicina para su VIH/SIDA?

Nunca he visto un médico ni he ido a una clínica	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

desde mi diagnóstico del VIH (Vaya a #45)	<input type="checkbox"/>
Menos que hace 6 meses	<input type="checkbox"/>
Hace seis a doce meses	<input type="checkbox"/>
Hace más que un año	<input type="checkbox"/>

40. Desde que se enteró que tiene VIH, ha pasado un periodo de **más que un año cuando no visitaba un médico o que no se iba a una clínica?**

Sí → Vaya a #41a

No → Vaya a # 42

41a. ¿Por qué no buscaba atención médica durante esta etapa? (Marque todos que se aplican)

No lo podía pagar	<input type="checkbox"/>
No sabía donde irme	<input type="checkbox"/>
No podía ocuparme con mi VIH	<input type="checkbox"/>
No quería que otros supieran que tengo VIH	<input type="checkbox"/>
Tenía miedo de los efectos secundarios de los medicamentos	<input type="checkbox"/>
Estaba en la cárcel o la prisión	<input type="checkbox"/>
No había cuidado médico donde yo vivía	<input type="checkbox"/>
No entendía cómo recibir los servicios	<input type="checkbox"/>
Tenía otras preocupaciones	<input type="checkbox"/>
Estaba sin hogar	<input type="checkbox"/>
Estaba usando drogas o alcohol	<input type="checkbox"/>
Tenía problemas con mi salud mental	<input type="checkbox"/>
Tenía malas experiencias con el personal medico	<input type="checkbox"/>
Tenía malas experiencias con mi medicina	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique)	<input type="checkbox"/>

41b. Desde aquella etapa, ¿ha tenido una consulta con un médico?

Sí → Vaya a # 41c

No → Vaya a # 42

41c. Si respondió "Sí" a pregunta 41b, ¿por qué regresó a recibir el cuidado médico? (Marque todos que se apliquen)

Me empeoré	<input type="checkbox"/>
Un cambio en mi ingreso	<input type="checkbox"/>
Un cambio en mi seguro médico	<input type="checkbox"/>
Me enteré de un nuevo medico/clínica	<input type="checkbox"/>
Un cambio en las actitudes de mi médico o clínica	<input type="checkbox"/>
Hubieron diferentes medicinas o tratamientos disponibles a mí	<input type="checkbox"/>

Tuve una vivienda estable	<input type="checkbox"/>
Quise una prueba de sangre	<input type="checkbox"/>
Pude ocuparme con otras problemas en mi vida	<input type="checkbox"/>
Alguien me ayudó a regresar al cuidado medico	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

42. Ahora mismo, ¿dónde va para su cuidado médico más frecuentemente? (Marque 1 respuesta)

Una clínica de VIH en un hospital/centro medico	<input type="checkbox"/>
La sala de emergencia	<input type="checkbox"/>
Una clínica comunitaria que atiende solamente a los clients con VIH/ clínica especializada en el VIH	<input type="checkbox"/>
Médico privado	<input type="checkbox"/>
Otra clínica comunitaria	<input type="checkbox"/>
Hospital/clínica para los veteranos de Guerra	<input type="checkbox"/>
No recibo cuidado médico	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

43. En el año pasado, ¿con qué frecuencia recibía cuidado médico de un doctor que puede recetar medicamentos de una farmacia?

Nunca	<input type="checkbox"/>
Solamente cuando yo estaba enfermo	<input type="checkbox"/>
De forma continúa	<input type="checkbox"/>

44. ¿Cuántos medicamentos con receta, incluyendo a los medicamentos no para el VIH, toma **actualmente?**
Escriba el número aquí: # _____

45. ¿Toma algunos de los siguientes? Por favor responda a cada pregunta que sigue

Actualmente no tomo medicamentos (Chequee la caja y sigue a # 48)	<input type="checkbox"/>
Medicamentos del VIH: antiretrovirales, inhibidores de proteasa	Sí No No Sé
Otros medicamentos relacionado con VIH/SIDA (bactrim, dapsona, etc.)	Sí No No Sé
La píldora anticonceptiva	Sí No No Sé
Otros medicamentos que toma cada día (diabetes, colesterol, presión alta)	Sí No No Sé
Antidepresivos o otros medicamentos de salud mental	Sí No No Sé
Medicamentos para dormir	Sí No No Sé
Hormonas o esteroides	Sí No No Sé

Medicamentos para el Tuberculosis (TB)	Sí No No Sé
Medicamentos para el Hepatitis C	Sí No No Sé
Remedios de hierbas o de venta sin receta	Sí No No Sé

46. ¿Algunos de sus medicamentos se paga o se reembolsa por los siguientes fuentes?
Por favor responda a cada pregunta

ADAP (Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA)	Sí No No Sé
Medicaid	Sí No No Sé
Medicare	Sí No No Sé
Beneficios para los veteranos de guerra	Sí No No Sé
Seguro privado	Sí No No Sé
Yo los pago	Sí No No Sé
WellVista – medicina gratis de una compañía farmacéutica	Sí No No Sé
Otro (Explique) _____	Sí No No Sé

47. ¿Ahora está usted en la lista de espera para ADAP (Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA)?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No Sé	<input type="checkbox"/>

48. Si no toma medicamentos para su VIH/SIDA, ¿por qué no?
Si no toma medicamentos, marque todos que se apliquen:

No sé donde conseguirlos	<input type="checkbox"/>
No los puedo pagar	<input type="checkbox"/>
Me hacen sentirme mal	<input type="checkbox"/>
Decidí dejar de tomar la medicina por un tiempo breve	<input type="checkbox"/>
Me siento sano/bien	<input type="checkbox"/>
Se me olvido tomar mis pastillas	<input type="checkbox"/>
No entiendo cómo tomar mis medicamentos	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>
Yo tomo mis medicamentos ahora (Chequee la caja y vaya a #49)	<input type="checkbox"/>

49. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha omitido de tomar sus medicamentos para el VIH/SIDA?

Uno o dos veces en el último mes	<input type="checkbox"/>
Uno o dos veces cada semana	<input type="checkbox"/>
Más que dos veces cada semana	<input type="checkbox"/>
Yo he dejado de tomar mi medicina	<input type="checkbox"/>

No he omitido de tomar mi medicina en los últimos 30 días <input type="checkbox"/>
(Chequee la caja y vaya a #51)
Actualmente no tomo medicina <input type="checkbox"/>
(Chequee la caja y vaya a #51)

50. Si omitió de tomar su medicina en los últimos 30 días, ¿por qué? Lea y de una respuesta para cada artículo que sigue

Efectos secundarios de la medicina	Sí	No
Es difícil recordar el horario de tomar la medicina	Sí	No
No quise que otros me viera tomar la medicina para el VIH/SIDA	Sí	No
No entendí las instrucciones	Sí	No
Sentí que la medicina no funcionaba	Sí	No
No pude pagar para la medicina	Sí	No
Se me olvidó	Sí	No
Se me acabó la medicina	Sí	No
Difícil coordinar con mi comida	Sí	No
No quise tomar la medicina	Sí	No
Sin vivienda	Sí	No
Deprimido/desesperanzado	Sí	No
La medicina me hizo sentir mejor y pensé que ya no la necesité	Sí	No
Mi médico me avisó a dejar de tomarla	Sí	No
Yo estuve lejos de mi casa	Sí	No
Tuve un cambio en mi rutina cotidiana/diaria	Sí	No
Creí que la medicina fue tóxica/dañina	Sí	No
Otro (Explique) _____	Sí	No

51. ¿Tiene algunos de los siguientes infecciones?
Por favor completa cada artículo que sigue

Hepatitis A	Sí	No	No Sé
Hepatitis B	Sí	No	No Sé
Hepatitis C	Sí	No	No Sé

51a. [Si respondió "Sí" a #51] Después de que le dió positivo para Hepatitis A, B, o C, le mandaron a una especialista de Hepatitis? Sí No No Sé

52. En el año pasado, ¿se le diagnosticó con una de estas infecciones?
Por favor responda a cada artículo que sigue

Sífilis	Sí	No	No Sé
---------	----	----	-------

Herpes	Sí	No	No Sé
Verrugas genitales	Sí	No	No Sé
Clamidia	Sí	No	No Sé
Gonorrea	Sí	No	No Sé
Infeccion de hongos/yeast	Sí	No	No Sé
Otro (Explique) _____			

53. ¿Le ha dicho un médico alguna vez que usted tiene:
Por favor responda a cada artículo que sigue

Diabetes o diabetes de azucar	Sí	No	No Sé
Alto colesterol de la sangre	Sí	No	No Sé
Algún tipo de enfermedad del corazón	Sí	No	No Sé
Neuropatía (dolor de los nervios)	Sí	No	No Sé
Osteoporosis	Sí	No	No Sé
Artritis	Sí	No	No Sé
Cáncer	Sí	No	No Sé
TB (tuberculosis)	Sí	No	No Sé

54. Desde su diagnóstico del VIH, ha recibido cuidado de la salud mental?
 Sí → Vaya a #54a
 No → Vaya a #55

54a. ¿Qué atención recibió para la salud mental?
Por favor responda a cada artículo que sigue

Pasé por lo menos una noche en el hospital	Sí	No
Consejo individual	Sí	No
Consejo de grupo	Sí	No
Medicina	Sí	No
Consejo para temas de la intimidad relacionados al VIH y su pareja	Sí	No

55. En los dos años pasados, ¿ha recibido el diagnóstico de:
Por favor responda a cada artículo que sigue

Ansiedad	Sí	No
Desorden Bipolar	Sí	No
Demencia	Sí	No
Depresión	Sí	No
Otro de la salud mental (Explique) _____	Sí	No

56. Desde su diagnosis del VIH, ¿ha recibido atención para el abuso de sustancias(drogas/alcohol)?
 Sí → Vaya a # 56a
 No → Vaya a # 57

56a. ¿Qué tipo de atención para el abuso de sustancias (drogas/alcohol) recibió?
Por favor responda a cada artículo que sigue

Pasé por lo menos una noche en el hospital	Sí	No
Consejo individual	Sí	No
Consejo de grupo	Sí	No
Medicina	Sí	No

57. En general, su salud es... (Marque una respuesta)

Excelente	<input type="checkbox"/>
Muy bien	<input type="checkbox"/>
Bien	<input type="checkbox"/>
Más o menos	<input type="checkbox"/>
Mala	<input type="checkbox"/>

58. En términos de enfermedades y heridas, ¿más o menos cuántos días durante el mes pasado **se sintió mal**?

Número de días	_____
Nunca	<input type="checkbox"/>

59. En términos del estrés/tensión, depresión y otros problemas emocionales, ¿más o menos cuántos días durante el mes pasado **se sintió mal**?

Número de días	_____
Nunca	<input type="checkbox"/>

60. Actualmente, ¿tiene un administrador de casos (case manager) para su VIH?
(alguien que le ayuda coordinar su cuidado del VIH/SIDA)

Sí → Vaya a # 67	<input type="checkbox"/>
No, <u>me administro solo</u> → Vaya a # 61	<input type="checkbox"/>
No, actualmente no recibo tratamiento → Vaya a # 70	<input type="checkbox"/>
Todavía no, estoy esperando mi primera cita con el medico → Vaya a # 68	<input type="checkbox"/>

61. ¿Por qué decidió administrarse solo?
Marque todos que se apliquen

Preferencia personal	<input type="checkbox"/>
Adviso de un administrador de casos	<input type="checkbox"/>
Infeliz con la calidad de administración de casos que yo recibía antes	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

62. En los últimos 12 meses, ¿le ha llamado un administrador de casos para averiguar como está usted?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No Sé	<input type="checkbox"/>

63. ¿Usted sabe como contactar a su administrador de casos en caso de emergencia o si necesita ayuda adicional?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No Sé	<input type="checkbox"/>

64. En los últimos 12 meses, ¿ha contactado a un administrador de casos para ayudarlo con una emergencia o para recibir servicios?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No Sé	<input type="checkbox"/>

65. ¿Recibe invitaciones para talleres o reuniones para los clients que se administran solo?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No Sé	<input type="checkbox"/>

66. En los últimos 12 meses, ¿ha asistido a actividades, talleres, o reuniones para los clients que se administran solo?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

67. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido un referido de un administrador de casos para:

Medicamentos	<input type="checkbox"/>
Servicios de apoyo	<input type="checkbox"/>
Otros referidos (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

68. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido servicios del hospicio?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

69. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamientos
alternativos como acupuntura, medicina China
tradicional o masaje?

Sí

No

70. Para cada servicio en la sección que sigue:

- Debajo de la **Columna A**, marque “Sí” si sabe que el servicio está disponible a para personas con VIH/SIDA y marque “No” si no sabe que es disponible
- Debajo de la **Columna B**, indique si necesitaba el servicio **en el año pasado**
- Debajo de la **Columna C**, indique si recibía el servicio **en el año pasado**
- Debajo de la **Columna D**, si **recibía el servicio en el año pasado**, indique si el servicio satisfacía sus necesidades

70a. ADMINISTRACIÓN DE CASOS Y OTROS SERVICIOS DE APOYO	A		B		C		D	
Para cada servicio que sigue:	¿Sabe usted que este servicio está disponible?		¿Necesitaba el servicio?		¿Recibía el servicio?		SI RECIBÍA EL SERVICIO, ¿satisfacía sus necesidades?	
1. Administrador de casos – alguien que le ayuda a coordinar su cuidado del VIH/SIDA y recibir beneficios de salud.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
2. Defensor o consejero de tratamiento – alguien que le ayuda entender y acesar su tratamiento	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
3. Un compañero que le da apoyo médico o psicológico – alguien que le lleva a sus citas, le ayuda emocionalmente le da información y apoyo	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
4. Un voluntario que le ayuda ir de compras, limpiar la casa, o que le da apoyo emocional	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
5. Asistencia financiera de emergencia	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

70b. SERVICIOS DE APOYO	A		B		C		D	
Para cada servicio que sigue:	¿Sabe usted que este servicio está disponible?		¿Necesitaba el servicio?		¿Recibía el servicio?		SI RECIBÍA EL SERVICIO, ¿satisfacía sus necesidades?	
1. Asesoramiento de beneficios – para ayudarle recibir los beneficios como Seguridad Social, ADAP	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
2. Servicios de defensa legal – preparar voluntades, testamentos, asistencia con el desalojo (evictions) y discriminación en la vivienda, asistencia para manejar el dinero	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

70c. SERVICIOS DE VIVIENDA	A		B		C		D	
Para cada servicio que sigue:	¿Sabe usted que este servicio está disponible?		¿Necesitaba el servicio?		¿Recibía el servicio?		SI RECIBÍA EL SERVICIO, ¿satisfacía sus necesidades?	
1. Información sobre la vivienda – recursos para buscar vivienda.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
2. Asistencia financiera de emergencia para los servicios públicos (utilities).	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

70d. SERVICIOS DE LA COMIDA	A		B		C		D	
Para cada servicio que sigue:	¿Sabe usted que este servicio está disponible?		¿Necesitaba el servicio?		¿Recibía el servicio?		SI RECIBÍA EL SERVICIO, ¿satisfacía sus necesidades?	
1. Despensa comunitaria de comida.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
2. Suplementos nutritivos.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
3. Vales de comida/Food vouchers.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
4. Comida que se entrega a su casa .	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
5. Educación y consejo sobre la nutrición.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

70e. SERVICIOS DE LA SALUD MENTAL	A		B		C		D	
Para cada servicio que sigue:	¿Sabe usted que este servicio está disponible?		¿Necesitaba el servicio?		¿Recibía el servicio?		SI RECIBÍA EL SERVICIO, ¿satisfacía sus necesidades?	
1. Consejería individual o de grupo	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
2. 1 o 2 sesiones con un psicólogo para hacer un plan de cuidado	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
3. Apoyo para crisis de salud mental incluyendo una línea del suicidio.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
4. Consejería del grupo de pares, apoyo o grupo sin cita previa.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

70f. SERVICIOS PARA EL ABUSO DE NARCÓTICOS/ALCOHOL	A	B	C	D
Para cada servicio que sigue:	¿Sabe usted que este servicio está disponible?	¿Necesitaba el servicio?	¿Recibía el servicio?	SI RECIBÍA EL SERVICIO, ¿satisfacía sus necesidades?
1. Consejería individual o de grupo para el abuso de narcóticos/alcohol.	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
2. Servicios para el abuso de narcóticos/alcohol en un centro de tratamiento residencial.	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
3. Servicios de desintoxicación.	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

70g. CUIDADO MÉDICO	A	B	C	D
Para cada servicio que sigue:	¿Sabe usted que este servicio está disponible?	¿Necesitaba el servicio?	¿Recibía el servicio?	SI RECIBÍA EL SERVICIO, ¿satisfacía sus necesidades?
1. Cuidado médico de paciente externo (outpatient) con un médico, enfermera, o asistente del médico para atender a su VIH.	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
2. Asistencia para pagar por las medicinas no cubierto por ADAP.	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
3. Cuidado de salud cuando una enfermera o ayudante de enfermera le atiende en su casa.	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
4. Consejero/enfermera para la adhesión del tratamiento – apoyo profesional para ayudarle mantener su horario de medicación.	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
5. Asistencia para pagar por las primas del seguro médico para ellos que tengan seguro médico privado.	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

70h. CUIDADO DE SALUD ORAL	A		B		C		D	
Para cada servicio que sigue:	¿Sabe usted que este servicio está disponible?		¿Necesitaba el servicio?		¿Recibía el servicio?		SI RECIBÍA EL SERVICIO, ¿satisfacía sus necesidades?	
1. Comidas blandas.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
2. Atención dental de emergencia.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
3. Atención preventiva (limpieza de dientes, radiografías/x-rays).	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
4. Tratamiento para problemas dentales, como cirugía oral o dentadura postiza.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

71. Abajo hay una lista de problemas que usted tal vez tuviera cuando trataba de obtener los servicios para el VIH/SIDA. Marque un "X" en la caja al lado de cada artículo para indicar el extento del problema para usted. Puede elegir desde "Muy Grande" hasta "No Hubo Ningún Problema".

"Muy Grande" = Previó a usted de obtener el servicio

"Medio" = Tuvo bastantes problemas pero al fin pudo obtener los servicios.

"Muy Pequeño" = Le causó un poco de preocupación y/o una demora en obtener los servicios.

"No Hubo Ningún Problema" = No tuvo ningún disafío/problema.

	Muy Grande	Grande	Medio	Pequeño	Muy Pequeño	No Hubo Problema
<i>Ejemplo: Es muy difícil a completar esta encuesta.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo no sabía que un servicio o tratamiento estaba disponible a mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo no sabía dónde irme para obtener el servicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo no sabía cuáles servicios medicos yo necesitaba para mi VIH/SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi salud física no me ha permitido viajar al sitio donde se consigue el servicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi estado de ánimo o capacidad de ocuparme con el tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi uso reciente de drogas o alcohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo estaba en la cárcel o la prisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me ha negado los servicios o he tenido miedo de buscar los servicios porque yo estaba en la cárcel o la prisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenía miedo que otras personas descubran que tengo VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de privacidad de parte de la organización a proteger mi record medical/hoja clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedo de ser denunciado a la inmigración o las autoridades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tenía transporte ni acceso al transporte adecuado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El servicio que necesito no se ofrece durante el tiempo que puedo irme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El servicio que necesito no se ofrece en mi condado (Especifique su condado _____).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No hay cuidado de niños en situ en la agencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cantidad de tiempo que tenía que esperar para una cita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo usar mi idioma preferido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sabía quién pedir a ayudarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sensibilidad cultural de la organización y de la persona que me dió los servicios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Discriminación de parte de la organización que proveía el servicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No me llevaban bien/no me gustaban las personas que proveían los servicios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La persona que proveía los servicios no parecía saber bastante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No había especialista que me podía dar los servicios que necesitaba (Especifique la especialización_____).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La organización no me envió a los servicios que yo necesitaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falta de apoyo para ayudarme a navegar el sistema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Las instrucciones que recibí para obtener el servicio o tratamiento que necesitaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Los reglamentos para los servicios que necesitaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hay demasiado papeleo y/o trámites burocráticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Servicios reducidos debido a una reducción de financiación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falta de cobertura del seguro médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yo no estaba eligible para el servicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otro: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. De todos los servicios de VIH/SIDA que usted necesita o recibe, ¿cuáles tres son lo más importante a usted?

[Al Entrevistador: MUESTRE LA LISTA DE SERVICIOS]

1. _____
2. _____
3. _____.

73. Ahora voy a leerle una lista de conversaciones que tal vez ha tenido con un proveedor de servicios del VIH. Para cada tipo de proveedor , por favor dígame si ha tenido o si no ha tenido estas conversaciones .

	Proveedor Médico (i.e., médico, asistente del médico (PA), enfermera)		Administrador de Casos o Trabajador Social		Educador de Salud, Consejero, o Consejero para el abuso de alcohol o drogas		Consejero de Pares		Nadie/No Sé	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Su riesgo de contagiar a otra persona con VIH	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
El uso de los condones para reducir la propagación del VIH/SIDA	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
El riesgo que la pareja <u>receptiva</u> (pasiva) en el sexo anal o vaginal puede infectar a otra persona con el VIH/SIDA	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
El riesgo que la pareja <u>insertiva</u> (activa) en el sexo anal o vaginal puede infectar a otra persona con el VIH/SIDA	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
El riesgo que una persona con VIH puede infectar de nuevo a otra persona con VIH	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
El impacto de la carga virál (viral load) de una persona en infectarse a otra persona con el VIH	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Sus decisiones de reveler su estatus del VIH a sus parejas sexuales y a las personas con quien comparte las drogas	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
El riesgo de combinar las drogas del club/la calle y el sexo	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
El impacto del Hepatitis C en una persona con VIH	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N

74. Las siguientes preguntas se tratan de el uso de las drogas y el alcohol y con qué frecuencia ha usado a ellos.

¿ALGUNA VEZ ha usado los siguientes?
[ENTREVISTOR: LEA LA LISTA QUE SIGUE]

SI LOS HA USADO EL AÑO PASADO, ¿con qué frecuencia los ha usado?

	<u>ALGUNA VEZ ha usado</u>		<u>Si ha usado en el AÑO PASADO</u>			
	<u>No usado en el año pasado</u>	<u>Sí</u>	<u>No ha usado en el año pasado</u>	<u>Ha usado menos que una vez al mes</u>	<u>Ha usado por lo menos una vez al mes</u>	<u>Ha usado un a vez a la semana o más</u>
Alcohol	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana o hash	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack/cocaína	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cristal meth o metanfetaminas	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speedball	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB (Gamma Hydrooxybutyrate)	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éxtasis (X)	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Special K (Ketamine)	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas eréctiles como Viagra						
Junto con las drogas de la calle	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos sin receta para uso recreativo (explique)_____	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (explique)_____	N	S→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. ¿Ha usado una aguja/jeringuilla para inyectar las drogas de la calle en el año pasado?

Sí

No

76b. ¿Con qué frecuencia ha usado un servicio de intercambio de agujas en el año pasado?

Nunca

A veces

Siempre

76. ¿Ha usado una aguja/jeringuilla para inyectar las hormonas o esteroides en el año pasado?

Sí

No → Vaya al # 77

77. ¿Dónde nació usted?

Los Estados Unidos (marque la caja y vaya al # 78)

México

Puerto Rico o otros Territorios de los EEUU

Centroamérica

Africa

El Caribe

Otro: _____

76a. How often have you shared needles with someone in the past year?

Never

Sometimes

Always

78. Si no nació en los Estados Unidos, ¿en qué año llegó a los EEUU? _____

79. [LEA EN VOZ ALTA] Ahora le voy a leer algunas frases sobre sus experiencias y sus opiniones sobre cómo se siente tener VIH y cómo se le trata una persona con VIH. Para cada frase, por favor dígame si *CON FRECUENCIA, A VECES, RARA VEZ, O NUNCA* se le pasa a usted y si crea que este tratamiento es porque tiene VIH.

	Con Frecuencia	A Veces	Rara Vez	Nunca	No Sé
a. Se me han negado el empleo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. He sido el víctima de violencia doméstica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se me han negado unos servicios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. El personal médico no me tratan igual que otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El personal médico no me hablan con simpatía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. He perdido mi trabajo cuando mi empleador se enteró que tengo el VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. El personal médico me han hecho sentirme avergonzado por tener el VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. El personal médico me han dicho que yo merezco tener el VIH por mi estilo de vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Algunas personas dejan de tocarme cuando se enteran que tengo el VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Estoy preocupado que las personas que saben que tengo el VIH lo van a contar a otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Estoy preocupado que las personas me van a juzgar cuando se enteren que tengo el VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Desde que se me enteré que tengo el VIH, he sentido solo y aislado del resto del mundo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. He perdido o me han negado una vivienda por razón de tener el VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[LEA EN VOZ ALTA] Antes de terminar esta encuesta, ¿tiene usted otros comentarios sobre la manera en que usted recibe los servicios para el VIH/SIDA? Si los tiene, por favor dígame ahora.