

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.

Gracias por la participación. Por favor continúe.

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: ____/____/____

SECCIÓN: CARACTERÍSTICAS

1. ¿En qué código postal y cual condado vive usted

Chequee aquí si no tiene o no sabe su código postal

2. ¿Cuándo nació? _____ / _____
Mes Año

3. ¿Qué fue su género al nacimiento? (Marque 1 respuesta)?

Hombre

Mujer

4. ¿Cómo se indentifica de género? (Marque 1 respuesta)?

Hombre

Mujer

Transgénero – Hombre a mujer (MTF)

Transgénero – Mujer a hombre (FTM)

5. ¿Qué es su origen étnico? (Marque UNA Respuesta)

Hispano/a

No Hispano/a

6. ¿Qué es su raza?(Marque todos que se apliquen)

Indígena/ Nativo de Alaska

Asiático/de las Islas del Pacífico

Negro/de origen Africano (no Hispano)

Blanco/Caucásico (no Hispano)

Otra Raza

7. ¿Qué idioma habla con más frecuencia en la casa?

8. ¿Necesita un interprete para los servicios?

Sí
Indique para cuál idioma _____

No

9. ¿Cómo se indentifica usted?(Marque 1 respuesta):

Heterosexual

Homosexual- Hombre

Lesbiana

Bisexual

MSM (Hombre que tiene sexo con otros hombres)

Otro (Explique) _____

10. ¿Qué es la manera mas probable que usted se infectó con VIH? (Marque 1 respuesta)

Sexo con un hombre

Sexo con una mujer

Compartiendo agujas

Productos de sangre o transfusión

Adquirido al nacimiento

No sé

Otro(explique) _____

11. Qué es la manera **primaria** que llegas a sus citas? (Marque solo UNA respuesta)

Transporte público/MARTA

Vehículo personal

Compartir viajes con familiares/amigos

Caminar

Pedir prestado vehículos

Cupón/Viaje de camioneta provisto por la agencia

Bicicleta

Taxi/Uber

Transporte provisto por el seguro

Otro(explique) _____

SECCIÓN: VIVIENDA

12. Where do you currently live? (Select 1 answer)

En un apartamento/casa de que soy dueño/a

En un apartamento/casa que alquilo

En la casa/apartamento de mis padres/familiares

Vivo con alguien y no pago renta/alquilar

En un hotel o casa de huéspedes

En un programa de vivienda

En un centro residencial de tratamiento (droga o psiquiátrico)

En un centro de reinserción social

Casa de reposo o facilidad de asistencia

Sin hogar (en la calle, en un carro, debajo un puente, en un parque)

Refugio para personas sin hogar

Hospicio

Otro (explique) _____

13. ¿Por cuanto tiempo ha vivido en su residencia actual?	
Menos que 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"/>

14. En los últimos 2 años, ¿ha necesitado usted cualquieres de estos servicios? (Marque todos que se apliquen)	
No necesitaba servicios de vivienda (Vaya a la pregunta 15)	<input type="checkbox"/>
Ayuda al buscar una vivienda	<input type="checkbox"/>
Una vivienda permanente	<input type="checkbox"/>
Vivienda de corto plazo (centro de reinserción social, refugio para personas sin hogar)	<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"/>
Casa para las personas viviendo con VIH/SIDA (PLWH/A)	<input type="checkbox"/>
Otro (Marque) _____	<input type="checkbox"/>

15. Al pensar de su vivienda ahora: ¿Cualquieres 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"/>

SECCIÓN: - ENCARCELAMIENTO

16. En los últimos 12 meses, usted ha estado en:	
La cárcel	<input type="checkbox"/>
La prisión Federal o del Estado	<input type="checkbox"/>

En ambos la cárcel y la prisión ?	<input type="checkbox"/>
Ningunos (vaya a la pregunta #22)	<input type="checkbox"/>

17. ¿Usted diópositivo la prueba de VIH por primera vez cuando usted estaba encarcelado?	
Sí → Vaya a pregunta #19	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
18. Si no diópositivo la prueba de VIH por primera vez cuando usted estaba encarcelado, reveló su estatus al personal medical en la prensa?	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

19. ¿Recibió asistencia médica para el VIH mientras estaba en la cárcel o la prisión ?	
Si	<input type="checkbox"/>
No (vaya a la pregunta #21)	<input type="checkbox"/>

20. 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"/>
Referencia a un administrador de casos	<input type="checkbox"/>
Información sobre servicios	<input type="checkbox"/>
Sus resultados de la prueba de VIH si dio VIH positivo por 1 ^{ra} vez	<input type="checkbox"/>
Ningunas de las anteriores	<input type="checkbox"/>

21. Si no recibió los servicios de VIH/SIDA que necesitaba después de que fue liberado, ¿qué le previno de recibir los servicios que necesitaba? (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	<input type="checkbox"/>
No tenía nadie con quien podía confiarme	<input type="checkbox"/>
No quería perder el tiempo en el trabajo	<input type="checkbox"/>
No tenía transporte para llegarme a los servicios	<input type="checkbox"/>
No tenía ID o documentación para ser eligible	<input type="checkbox"/>
Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN – SITUACIÓN ECONÓMICO

22. ¿Qué mejor describe su trabajo actual (empleo)?(Marque 1 respuesta)	
Trabajo a tiempo completo	<input type="checkbox"/>
Trabajo a medio tiempo	<input type="checkbox"/>
Trabajador independiente/autónomo	<input type="checkbox"/>
Trabajo de vez en cuando	<input type="checkbox"/>
No trabajo	<input type="checkbox"/>
23. Si no trabaja, ¿por que no ha podido trabajar durante los últimos 12 meses? (Marque todos que se apliquen)	
Estudiante	<input type="checkbox"/>
Buscando trabajo /no puedo encontrar trabajo	<input type="checkbox"/>
Atendiendo entrenamiento para el trabajo	<input type="checkbox"/>
Jubilado/a	<input type="checkbox"/>
Por razones de salud, recibo la discapacidad	<input type="checkbox"/>
Por razones de salud, NO recibo la discapacidad	<input type="checkbox"/>
Otro (explique)_____	<input type="checkbox"/>

24. ¿Qué es su ingreso anual antes de los impuestos? (Marque 1 respuesta)	
\$0 - \$11,670 (hasta \$972 al mes)	<input type="checkbox"/>
\$11,671 - \$15,730 (\$973 - \$1,311 al mes)	<input type="checkbox"/>
\$15,731 - \$19,790 (\$1,311 - \$1,649 al mes)	<input type="checkbox"/>
\$19,791 – \$23,850 (\$1,649 - \$1,987 al mes)	<input type="checkbox"/>
\$23,851 - \$27,910 (\$1,987 - \$2,326 al mes)	<input type="checkbox"/>
\$27,911 - \$31,970 (2,326 - \$2,664 al mes)	<input type="checkbox"/>
\$31,971 - \$36,030 (\$2,664 - \$3,002 al mes)	<input type="checkbox"/>
\$36,031 - \$40,090 (\$3,002 – 3,341 al mes)	<input type="checkbox"/>
Mas que \$40,090 (\$3,074 o más al mes)	<input type="checkbox"/>

25. ¿Cuántas personas se apoyan con este ingreso? (Escriba el número) _____
26. De ellos, ¿cuántos son menores de 24 anos? (Escriba el número) _____

27. ¿Qué es el curso más avanzado que ha cumplido usted? (Marque 1 respuesta)	
Escuela primaria o menos	<input type="checkbox"/>
Algo de colegio	<input type="checkbox"/>
Me gradué del colegio/GED	<input type="checkbox"/>
Algo de la universidad/universidad de 2 años/Escuela vocacional	<input type="checkbox"/>
Cumplíunauniversidad de 4 años	<input type="checkbox"/>
Curso de posgrado	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN – SEGURO/BENEFICIOS

28. ¿Tiene usted el seguro médico?	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/> → Vaya a pregunta #39

29. ¿Qué tipo del seguro médico tiene? (Marque todos que se apliquen)	
Seguro/HMO del trabajo	<input type="checkbox"/>
Seguro de mi último trabajo - COBRA	<input type="checkbox"/>
Gastos en efectivo	<input type="checkbox"/>
Seguro Privado/HMO - no del trabajo	<input type="checkbox"/>
Medicare	<input type="checkbox"/>
Medicaid	<input type="checkbox"/>
Veterano	<input type="checkbox"/>
Otro (explique)_____	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

30. ¿Usted se registró por el seguro del mercado federal(AffordableCareAct, Obamacare, ACA)?	
Sí	<input type="checkbox"/>
No(Vaya a pregunta 37)	<input type="checkbox"/>
No sé(Vaya a pregunta 37)	<input type="checkbox"/>

31. ¿Con qué seguro privado se registró? (escriba la respuesta aquí)	
No sé	<input type="checkbox"/>

32. ¿Usted recibió ayuda por un guía de paciente para repasar las opciones disponibles por el Mercado federal?	
Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

33. Si ahora tiene seguro privado, ¿ha tenido problemas al conseguir los medicamentos?	
Sí (Explique)_____	<input type="checkbox"/>
34. ¿Estos problemas han causado una interrupción con sus medicamentos? (usted dejó de tomarlos porque no podía pagar el pago compartido, por ejemplo)	

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

35. Si ahora tiene seguro privado, ¿tuvo que cambiar de proveedor médico?	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

36. Si ahora tiene seguro privado, ¿recibe asistencia con su pago compartido?	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

37. ¿Usted sabe que puede recibir asistencia con su pago compartido?	
Si	<input type="checkbox"/>
No (Vaya a pregunta 39)	<input type="checkbox"/>
No sé(Vaya a pregunta 39)	<input type="checkbox"/>

38. ¿Cuáles recursos accede para asistencia con su pago compartido?	
Red de Asistencia Para Pacientes (PAN)	<input type="checkbox"/>
Programa de Seguro Médico (Ryan White)	<input type="checkbox"/>
Estado	<input type="checkbox"/>
Compañía FarmacéuticaAsistencia de Pago Compartido	<input type="checkbox"/>

39. ¿Cuáles de estos beneficios recibe usted? (Marque todos que se apliquen)	
Vales de comida(SNAP)	<input type="checkbox"/>
Incapacidad a largo plazo privado	<input type="checkbox"/>
Incapacidad a corto plazo privado	<input type="checkbox"/>
SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)	<input type="checkbox"/>
SSDI (Beneficios de Incapacidad del Seguro Social)	<input type="checkbox"/>
CHAMPVA (Beneficios de los veteranos)	<input type="checkbox"/>
CHAMPUS (Asistencia para los veteranos no militares)	<input type="checkbox"/>
Renumeración de los trabajadores	<input type="checkbox"/>
Seguro de vida	<input type="checkbox"/>
La Jubilación	<input type="checkbox"/>
Asistencia financiera de emergencia	<input type="checkbox"/>

(Explique)	_____
WIC(Comida para mujeres, bebés, y niños)	<input type="checkbox"/>
HICP (Programa de Continuación de Seguro de Salud)	<input type="checkbox"/>
Asistencia temporal a familias necesidades (TANF)	<input type="checkbox"/>
Desempleo	<input type="checkbox"/>
Asistencia General (Condados de Fulton/DeKalbsolamente)	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN – PRUEBAS DEL VIH/CONEXIÓN AL CUIDADO

40. ¿Cuántos años tenía cuando le dió positivo del VIH?	
(Escriba la edad)	_____

41. ¿Dónde estaba viviendo cuando le dió positivo del VIH por primera vez?	
En el mismo condado que vivo actualmente	<input type="checkbox"/>
En otro condado en Georgia	<input type="checkbox"/>
En otro estado	<input type="checkbox"/>
Fuera de los Estados Unidos	<input type="checkbox"/>

42. ¿Había hecho una prueba del VIH <u>antes</u> de que le dió positivo del VIH?	
Sí → ¿Cuántas veces?	_____ <input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No me acuerdo	<input type="checkbox"/>

43. La primera vez que le dió positivo del VIH, ¿qué fue la razón principal que decidió hacer la prueba? (Marque 1 respuesta)	
Me había sentido enfermo/a	<input type="checkbox"/>
Yo estaba en la sala de emergencia/hospital	<input type="checkbox"/>
Tuve sexo sin protección	<input type="checkbox"/>
Tuve sexo con una persona VIH+	<input type="checkbox"/>
Parte de una rutina personal de prueba	<input type="checkbox"/>
Mi pareja me recomendó que hago la prueba	<input type="checkbox"/>
Parte de cuidado prenatal	<input type="checkbox"/>
Evento de pruebas en la comunidad	<input type="checkbox"/>
Recibí un regalo o dinero por hacer la prueba	<input type="checkbox"/>
Presión social de los amigos	<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"/>
Trabajador de alcance comunitario me pidió hacer la prueba	<input type="checkbox"/>
Acceso fácil a un sitio donde hacen las pruebas	<input type="checkbox"/>

Parte de cuidado rutinario	<input type="checkbox"/>
Encarcelado	<input type="checkbox"/>
Usando/Compartiendo equipamiento de inyección (agujas)	<input type="checkbox"/>
Ninguna razón específica	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

44. ¿Alguna vez le aplazó/le pospuso hacerse la prueba del VIH??	
No → Vaya a pregunta. 45	
Sí → Marque todos que se apliquen:	
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"/>
Miedo de encarceración/acusado de un crimen	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

45. Después de que le dió positivo del VIH por primera vez, usted:	
Recibió una lista de clínicas para el VIH?	<input type="checkbox"/>
Fue ofrecido ayuda para obtener el cuidado del VIH?	<input type="checkbox"/>
Se le dio una cita para el cuidado del VIH?	<input type="checkbox"/>
Conectado al cuidado del VIH dentro de 3 meses del diagnóstico?	<input type="checkbox"/>

46. Después de que le dió positivo del VIH, ¿cuándo fue su primera cita con un médico? (Marque 1 respuesta)	
Dentro de un mes (Vaya a # 48)	<input type="checkbox"/>
Dentro de 3 meses (Vaya a # 48)	<input type="checkbox"/>
Dentro de 6 meses del diagnóstico (Vaya a # 48)	<input type="checkbox"/>
Entre 6 meses hasta un año después del diagnóstico (Vaya a # 48)	<input type="checkbox"/>
Más que un año después del diagnóstico	<input type="checkbox"/>
Todavía no he visto a un médico para mi VIH	<input type="checkbox"/>
He elegido no ver un médico	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

47. Si no recibió atención médica, ¿por que no? (Marque todos que se apliquen)	
No sabí adónde 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 importaba	<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 me sentí listo aceptar que tengo VIH	<input type="checkbox"/>
No creí los resultados	<input type="checkbox"/>
No quise tomar los medicamentos de VIH	<input type="checkbox"/>
No pude ausentarme del trabajo	<input type="checkbox"/>
Me sentí deprimido	<input type="checkbox"/>
Yo estaba usando drogas/alcohol	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

48. ¿Quién fue que <u>primeramente</u> le ayudó encontrar la atención médica después de que le dió positivo?	
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 departamento de salud	<input type="checkbox"/>
Alguien quien también tiene VIH (Consejador de pares o guía)	<input type="checkbox"/>
Nadie	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

SECCION – CUIDADO Y TRATAMIENTO

49. ¿Había una vez que su médico o enfermera le dijo que usted tiene un diagnóstico del SIDA?	
Sí	<input type="checkbox"/>
No (Vaya a # 51)	<input type="checkbox"/>
Se me dijo que tengo el SIDA a la misma vez que me dió positivo para el VIH	<input type="checkbox"/>

50. ¿Cuántos años tenía cuando se diagnosticó con el SIDA?	
--	--

Un año o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

51. ¿Qué fue la última vez que tuvo un conteo de células T?	
Dentro de un mes	<input type="checkbox"/>
En los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>
En los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>
Un año o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

52. ¿Qué fue el resultado de su conteo de células T más reciente ?	
Menos que 200	<input type="checkbox"/>
Entre 200-350	<input type="checkbox"/>
Entre 350-500	<input type="checkbox"/>
Mas 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"/>

53. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo una prueba del cargo viral?	
Dentro de un mes	<input type="checkbox"/>
En los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>
En los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>
Un año o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

54. ¿Qué fue el resultado de su última prueba de cargo viral?	
Indetectable	<input type="checkbox"/>
Menos que 200	<input type="checkbox"/>
Mas que 200	<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"/>

55. ¿Cuándo fue su última visita con un médico, una enfermera, o otro proveedor de medicina específicamente para su VIH/SIDA?	
Nunca	<input type="checkbox"/>
Dentro de un mes	<input type="checkbox"/>
En los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>
En los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>

56. Si no recibió cuidado medico para el VIH/SIDA durante los últimos 12 meses, por favor indique las razones por que: (Marque todos que se apliquen)	
No sabiadonde 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 importaba	<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 pude ausentarme del trabajo	<input type="checkbox"/>
Me sentí deprimido	<input type="checkbox"/>
Tuve una experiencia mala con el personal médico	<input type="checkbox"/>
Yo estaba usando drogas/alcohol	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

57. ¿Dónde va para su cuidado médico más frecuentemente? (Marque UNA respuesta)	
Departamento de Salud (Condado Fulton, Clayton, etc.)	<input type="checkbox"/>
Clinica de VIH (No Departamento de Salud)	<input type="checkbox"/>
Médico privado	<input type="checkbox"/>
Hospital/clínica para los veteranos de guerra	<input type="checkbox"/>
La sala de emergencia	<input type="checkbox"/>
Otra Clínica (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

58. Durante los últimos 12 meses, ¿ha estado internalizado en el hospital por una condición relacionado al VIH/SIDA?	
Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

59. ¿Toma algunos de los siguientes medicamentos? Por favor responda a cada pregunta que sigue			
Actualmente no tengo medicamentos recetados (Chequee la caja y sigue a # 61)	<input type="checkbox"/>		
Medicamentos de VIH: antiretrovirales, inhibidores de proteasa	Sí	No	No Sé
Otras drogas relacionado a VIH/AIDS (Bactrim, Dapsone, etc.)	Si	No	No Sé
La píldora anticonceptiva	Si	No	No Sé
Otros medicamentos que toma cada día			

(diabetes, colesterol, presión alta)	Si	No	No Sé
Antidepresivos o otros medicamentos de salud mental	Si	No	No Sé
Medicina para el dolor	Si	No	No Sé
Medicamentos para dormir	Si	No	No Sé
Hormonas o esteroides	Si	No	No Sé
Medicamentos para el Tuberculosis (TB)	Si	No	No Sé
Medicamentos para Hepatitis C	Si	No	No Sé
Remedios de hierbas o de venta sin receta	Si	No	No Sé

60. ¿Algunos de sus medicamentos se paga o se reembolsa por los siguientes fuentes? <i>Por favor responda a cada pregunta</i>			
ADAP (Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA)	Si	No	No Sé
Medicaid	Si	No	No Sé
Medicare	Si	No	No Sé
Beneficios para los veteranos de guerra	Si	No	No Sé
Seguro privado	Si	No	No Sé
Asistencia al Paciente de la Compañías Farmacéuticas	Si	No	No Sé

61. Si no toma medicamentos para su VIH/SIDA, ¿por qué no? Si no toma medicamentos, marque todos que se apliquen:	
No es recomendado por mi medico	<input type="checkbox"/>
Elección Personal	<input type="checkbox"/>
No sé donde conseguirlos	<input type="checkbox"/>
No los puedo pagar	<input type="checkbox"/>
Me hacen sentirme mal	<input type="checkbox"/>
Estoy dejando de tomar los medicamentos	<input type="checkbox"/>
Me siento sano/bien	<input type="checkbox"/>
No entiendo cómo tomar mis medicamentos	<input type="checkbox"/>
Se me olvido tomar mis medicamentos	<input type="checkbox"/>
No tengo lugar donde guardarlos	<input type="checkbox"/>
Otro (Explique) _____	<input type="checkbox"/>

62. En los <u>últimos 30 días</u> , ¿con qué frecuencia ha omitido de tomar sus medicamentos para el VIH/SIDA? (si no es aplicable, no conteste)	
No he omitido de tomar mi medicina en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>

Uno o dos veces en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>
Uno o dos veces cada semana	<input type="checkbox"/>
Más que dos veces cada semana	<input type="checkbox"/>
He dejado de tomar mis medicamentos	<input type="checkbox"/>

63. Si omitió de tomar o dejó de tomar su medicina en los <u>últimos 30 días</u> , ¿por qué? <i>responda a cada pregunta.</i> (Si no es aplicable, no conteste)	
Efectos secundarios de la medicina	Si No
Es difícil recordar el horario de tomar la medicina	Si No
No quise que otros me viera tomar la medicina para el VIH/SIDA	Si No
No entendí las instrucciones	Si No
Sentí que la medicina no funcionaba	Si No
No pude pagar para la medicina	Si No
Se me olvidó	Si No
Se me acabó la medicina	Si No
Difícil coordinar con mi comida	Si No
No quise tomar la medicina	Si No
Sin vivienda	Si No
Deprimido/desesperanzado	Si No
No tenia un lugar donde guardarlos	Si No
La medicina me hizo sentir mejor y pensé que ya no la necesitaba	Si No
Mi médico me avisó a dejar de tomarlos	Si No
Yo estuve lejos de mi casa	Si No
Tuve un cambio en mi rutina cotidiana/diaria	Si No
Creí que la medicina fue tóxica/dañina	Si No
Otro (Explique) _____	Si No

SECCIÓN – FUERA DEL CUIDADO

64. 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?	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/> → Vaya a #68

65. ¿Por qué no buscaba atención médica durante esta etapa?(Marque TODOS que se apliquen)	
No lo podía pagar	<input type="checkbox"/>
No sabía donde irme	<input type="checkbox"/>
No podía aceptar que tengo VIH	<input type="checkbox"/>

Ya no me sentía enfermo	<input type="checkbox"/>
Perdí mi cobertura de salud o elegibilidad de Ryan White	<input type="checkbox"/>
No tuve una manera de ir a mis servicios	<input type="checkbox"/>
Tuve una carga viral indetectable y no necesitaba cuidado	<input type="checkbox"/>
Se fue mi médico/administrador de casos	<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 médico	<input type="checkbox"/>
Otro (explique)	<input type="checkbox"/>

66. Desde aquella etapa, ¿ha tenido una consulta con un médico?
Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> → Vaya a #68

67. 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 de mi ingreso	<input type="checkbox"/>
Un cambio en mi seguro médico	<input type="checkbox"/>
Me enteré de un nuevo médico/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 médico	<input type="checkbox"/>
Me contactó un guía de pacientes que me ayudó regresar al cuidado	<input type="checkbox"/>
Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/>

68. ¿Qué tipos de cosas le ayudan estar actualizado con su cuidado médico del VIH? (Marque TODOS que
--

se apliquen)	
Quiero mantener mi salud	<input type="checkbox"/>
Apoyo de mi médico	<input type="checkbox"/>
Me siento mejor	<input type="checkbox"/>
Tengo el apoyo de mis amigos y mi familia	<input type="checkbox"/>
No quiero infectar a otra persona	<input type="checkbox"/>
Mi fe, religión, o espiritualidad	<input type="checkbox"/>
Apoyo de otras personas con VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>
Agencia/clínica me recuerda de mis citas	<input type="checkbox"/>
Apoyo de mi administrador de casos	<input type="checkbox"/>
Manteniéndome sobrio	<input type="checkbox"/>
Apoyo de mi pareja/esposo/a	<input type="checkbox"/>
Grupos de apoyo del VIH	<input type="checkbox"/>
Servicios de salud mental (consejería, medicamentos)	<input type="checkbox"/>
Otro(explique) _____	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN – CO-MORBILDADES

69. ¿Tiene algunos de los siguientes infecciones? Por favor conteste CADA artículo que sigue
Hepatitis A Si No No Sé
Hepatitis B Si No No Sé
Hepatitis C Si No No Sé

70. Si le dió positivo por el Hepatitis, por favor conteste todos de los siguientes:
Se me dio una referido a un médico especializado en Hepatitis
Si No No Sé
Se me trató en mi clínica del VIH Si No No Sé
Yo no recibí tratamiento Si No No Sé

71. En el año pasado, ¿se le diagnosticó con una de estas infecciones? Por favor responda a cada artículo que sigue
Sífilis Si No No Sé
Herpes Si No No Sé
Verrugas genitales Si No No Sé
Clamidia Si No No Sé
Gonorrea Si No No Sé
Trichomoniasis Si No No Sé
Otro ITS(Explique) _____

72. Un médico ha dicho en cualquier tiempo que usted tiene:
Diabetes o Diabetes de Azúcar Si No No se

Presión Arterial Alta/Hipertensión	Si	No	No se
Algún tipo de enfermedad del corazón	Si	No	No se
Alto colesterol de la sangre	Si	No	No se
Enfermedad de los riñones	Si	No	No se
EPOC(Enfisema, Bronquitis Cronico)	Si	No	No se
Asma	Si	No	No se
Cirrosis	Si	No	No se
Enfermedad Auto-inmune (EM, lupus)	Si	No	No se
Neuropatía(dolor de los nervios)	Si	No	No se
Osteoporosis	Si	No	No se
Artritis	Si	No	No se
Cáncer	Si	No	No se
TB	Si	No	No se
Otro(Explique)_____			

73. ¿Ha recibido cuidado para salud mental de cualquier tipo?

Si

No → Vaya a #76

74. ¿Que tipo de salud mentarecibio usted? **Marca una respuesta para cada articulo**

En un hospital al menos por una noche	Si	No
Consejería individual (1 a 1)	Si	No
Consejería en grupo	Si	No
Medicamentos de receta	Si	No
Consejería de parejas	Si	No

75. ¿Se le diagnosticó un proveedor de salud mental con culaquieres de los siguientes? *Por favor responda a cada artículo que sigue*

Depresión	Si	No
Desorden Bipolar	Si	No
Ansiedad o Ataques de pánico	Si	No
Síndrome de déficit atencional (ADD)/ déficit de atención con hiperactividad (ADHD)	Si	No
Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD)	Si	No
Trastorno obsesivo-compulsivo	Si	No
Disforia de género/desorden de identidad de genero	Si	

No	
Agorafobia (miedo de estar en lugares abiertos o públicos)	Si
No	
Otro (explique)_____	

76. ¿Ha tenido cualesquiera de los siguientes síntomas el los últimos 12 meses que le causo buscar ayuda profesional?

Por favor responda a cada artículo que sigue

Ansiedad o preocupación	Si	No
Tristeza	Si	No
Insomnio(inhabilidad de ir a dormir o mantenerse dormido)	Si	No
Enojo	Si	No
Perdida de memoria	Si	No
Miedo de salir de la casa	Si	No
Sentir frenético o fuera del control	Si	No
Pensamientos de hace daño a si mismo o a otros	Si	No
Terrores en la noche	Si	No
Alucinación	Si	No
Otro (explique)_____		

77. ¿Con quien habla con mas frecuencia sobre su diagnostico de VIH?

Marque todos que se aplican

Professional Medico	<input type="checkbox"/>
Amigo	<input type="checkbox"/>
Miembro de familia/pareja	<input type="checkbox"/>
Otras personas VIH+	<input type="checkbox"/>
Consejero Profesional/Terapeuta	<input type="checkbox"/>
Administrador de casos	<input type="checkbox"/>
Psiquiatra	<input type="checkbox"/>
Grupo de apoyo mandado de pares	<input type="checkbox"/>
Grupo de apoyo mandado de profesionales	<input type="checkbox"/>
Pastor/líder de fe	<input type="checkbox"/>
Comunidades del internet/medios sociales	<input type="checkbox"/>
Otro (explique)_____	

78. ¿Ha recibido terapia para el abuso los sustancias y/o tratamiento?

Si

No → Vaya a #80

79. ¿Qué tipo de atención para el abuso de sustancias

recibió? Provide a response foreach item		
Pasé por lo menos una noche en el hospital	Sí	No
Consejo individual	Sí	No
Consejo de grupo	Sí	No
Medicina recetada	Sí	No

actividades, talleres, o reuniones para los clientes que se administran solo?	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

85. <u>En los últimos 12 meses</u> , ¿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"/>

SECCIÓN – AUTO- MANEJADO

80. Actualmente, ¿tiene un administrador de casos (case manager) para su VIH? (alguien que le ayuda coordinar su cuidado del VIH/SIDA)		
Si	→ Vaya a #86	<input type="checkbox"/>
No, me administro solo		<input type="checkbox"/>
Todavía no, estoy esperando mi primera cita con el médico	→ Vaya a #86	<input type="checkbox"/>

¿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"/>

81. <u>En los últimos 12 meses</u> , ¿le ha llamado un administrador de casos para averiguar como está usted?	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No se	<input type="checkbox"/>

82. ¿Usted sabe <u>como contactar</u> a su administrador de casos en caso de emergencia o si necesita ayuda adicional?	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No se	<input type="checkbox"/>

83. <u>En los últimos 12 meses</u> , ¿ha contactado a un administrador de casos para ayudarle con una emergencia o para recibir servicios?	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No se	<input type="checkbox"/>

84. <u>En los últimos 12 meses</u> , ¿ha asistido a	
---	--

86. Cuidado Medico	A	B	C	D
Para cada servicio que sigue, conteste cada pregunta A-D:	¿Necesitaba el servicio?	¿Se le ofreció el servicio?	¿Recibió el servicio?	SI RECIBIO EL SERVICIO, ¿satisfechó sus necesidades?
Cuidado Medico del VIH <i>(Cuando va a una clínica o agencia para atención medica por un medico o una enfermera)</i>	Si No	Si No	Si No	Si No
Adherencia al Tratamiento <i>(Apoyo de un proveedor medico o manejador de casos medicales para ayudarle con sus medicamentos)</i>	Si No	Si No	Si No	Si No
Terapia Nutritivo Medical <i>(Consejo Nutricional por un dietista)</i>	Si No	Si No	Si No	Si No
Administración de Casos Medicales <i>(Alguien que le ayuda manejar su cuidado medico incluso ayuda con sus medicamentos)</i>	Si No	Si No	Si No	Si No

87. Salud Oral	A	B	C	D
Para cada servicio que sigue, conteste cada pregunta A-D:	¿Necesitaba el servicio?	¿Se le ofreció el servicio?	¿Recibió el servicio?	SI RECIBIO EL SERVICIO, ¿satisfechó sus necesidades?
Atención Dental Urgente <i>(Recibiendo atención dental para problemas urgentes de salud oral como infecciones, dolor, diente o corona dental dañado)</i>	Si No	Si No	Si No	Si No
Atención Dental Preventivo <i>(Viendo un dentista o higienista dental para limpieza de dientes, radiografías, visitas rutinarias)</i>	Si No	Si No	Si No	Si No
Atención Dental No Urgente <i>(Tratamiento para cirugía oral, dentadura postiza, extracciones, etc)</i>	Si No	Si No	Si No	Si No

88. Apoyo para la Prima del Seguro de Medico (Insurance Premium)	A	B	C	D
Para cada servicio que sigue, conteste cada pregunta A-D:	¿Necesitaba el servicio?	¿Se le ofreció el servicio?	¿Recibió el servicio?	SI RECIBIO EL SERVICIO, ¿satisfechó sus necesidades?
Asistencia con la Prima del Seguro <i>(Ayuda al pagar las primas mensuales del seguro medico – el costo de mantener su seguro medico sin importa si busca atención medica o no)</i>	Si No	Si No	Si No	Si No

Asistencia con Copagode Medicamentos <i>(Ayuda al pagar los medicamentos que no se cobran en total por su seguro medico)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
--	----	----	----	----	----	----	----	----

89. SERVICIOS DE SALUD MENTAL	A		B		C		D	
Para cada servicio que sigue, conteste cada pregunta A-D:	¿Necesitaba el servicio?		¿Se le ofreció el servicio?		¿Recibió el servicio?		SI RECIBIO EL SERVICIO, ¿satisfechó sus necesidades?	
Terapia Individual <i>(Sesiones uno-a-uno con un profesional de salud mental)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Terapia en Grupo <i>(Sesiones mandado por un profesional de salud mental)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Consulta Psiquiatra <i>(Sesiones con un Psiquiatra para obtener medicamentos)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Apoyo de Crisis <i>(Apoyo cuando tiene una situación de salud mental con que necesita atención urgente)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

90. SERVICIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS	A		B		C		D	
Para cada servicio que sigue:	¿Necesitaba el servicio?		¿Se le ofreció el servicio?		¿Recibió el servicio?		SI RECIBIO EL SERVICIO, ¿satisfechó sus necesidades?	
Terapia Individual <i>(Hablando a un terapeuta profesional sobre su problema de abuso de sustancias)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Terapia en Grupo <i>(Hablando a personas en el contexto de un grupo sobre como se siente usted, no inclusivo a una reunión de 12-pasos/12-steps)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

91. SERVICIOS DE LA COMIDA	A		B		C		D	
Para cada servicio que sigue:	¿Necesitaba el servicio?		¿Se le ofreció el servicio?		¿Recibió el servicio?		SI RECIBIO EL SERVICIO, ¿satisfechó sus necesidades?	
Comidas suaves <i>(Comidas para personas que tiene dificultad al masticar o al tragar o que ha tenido cirugía dental recién)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

Despensa comunitaria de comida <i>(Una bolsa semanal de comidas y frutas/verduras frescas para ayudarle preparar las comidas en la casa).</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Suplementos nutritivos <i>(Latas de Ensure oGlucerna recetada por su proveedor medico)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Vales de comida <i>(Vales/cupones que se usan para comprar comidas en locales seleccionados)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Comidas Preparadas <i>(Comidas entregadas a su casa o que puede recoger si misma)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

92. Apoyo Psiquo-social	A		B		C		D	
Para cada servicio que sigue:	¿Necesitaba el servicio?		¿Se le ofreció el servicio?		¿Recibió el servicio?		SI RECIBIO EL SERVICIO, ¿satisfechó sus necesidades?	
Consejo/Apoyo de Pares <i>(Una relación formal con alguien VIH + o alguien que es sobrio/recuperando con quien usted habla sobre sus sentimientos que no es un amigo o sponsor)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Servicios de Guia para los Pacientes <i>(Alguien que le ayuda recordar sus citas y que le ayuda navegar el sistema)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

93. Otros Servicios de Apoyo	A		B		C		D	
Para cada servicio que sigue:	¿Necesitaba el servicio?		¿Se le ofreció el servicio?		¿Recibió el servicio?		SI RECIBIO EL SERVICIO, ¿satisfechó sus necesidades?	
Asistencia financiera de emergencia para los medicamentos <i>(Ayuda al pagar los medicamentos no-ADAP)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Transporte Medico <i>(Ayuda con el costo de transporte para llegar a los servicios de cuidado del VIH)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Servicios Legales <i>(Asistencia con problemas legales como la discriminación con vivienda y el seguro, escribir un testamento, reclamaciones de seguridad social de discriminación, etc.)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Servicios Lingüísticos <i>(Necesita alguien para explicarle las cosas en una lengua diferente que el inglés como español, francés, o lengua de signos)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Cuidado de niños <i>(Alguien para cuidar a su niño en una guardería cuando usted va al medico.)</i>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

Administro de Casos(no-medical) <i>(Un administrador de casos que le ayuda con referidos, llenar formas, beneficios, etc.</i>	Si No	Si No	Si No	Si No
--	-------	-------	-------	-------

94. 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 **en los últimos 12 meses**. Puede elegir desde un problema "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.

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

"No Hubo Ningún Problema" = No tuvo ningún problema o no es aplicable a usted (ej En el carcel/prision).

	Muy Grande	Medio	Pequeño	No Hubo Ningún Problema / NA
<i>Ejemplo: Es muy difícil a completar esta encuesta.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Yo no sabía que un servicio o tratamiento estaba disponible a mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Yo no sabía dónde irme para obtener el servicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Yo no sabía cuáles servicios medicales yo necesitaba para mi VIH/SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 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"/>
e. Mi estado de ánimo o capacidad de ocuparme con el tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mi uso reciente de drogas o alcohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Yo estaba en la cárcel o la prisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 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"/>
i. Tenía miedo que otras personas descubran que tengo VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 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"/>
k. Miedo de ser denunciado a las autoridades de inmigración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. No tenía transporte ni acceso al transporte adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 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"/>
n. Los servicios que necesito son demasiado lejos (mas que 20 minutos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. No hay cuidado de niños en situ en la agencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. La cantidad de tiempo que tenía que esperar para una cita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. No podía usar mi idioma preferido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. No sabía a quién pedir a ayudarme..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. El proveedor no fue sensible a mi raza, identidad de genero, etnicidad, orientación sexual o cultura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Discriminación de parte de la organización que proveía el servicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. No me llevaban bien/no me gustaban las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

personas que proveían los servicios				
v. La persona que proveía los servicios no parecía saber bastante..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. 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"/>
x. La organización no me envió/referió los servicios que yo necesitaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Falta de apoyo para ayudarme a navegar el sistema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z. Las instrucciones que recibí para obtener el servicio o tratamiento que necesitaba fueron confusas o no las entendí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aa. Los reglamentos para los servicios que necesitaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bb. Hay demasiado papeleo y/o trámites burocráticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cc. Servicios reducidos debido a una reducción de financiación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dd. Falta de cobertura del seguro médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ee. Yo no estaba elegible para el servicio (tuve un ingreso demasiado alto, abuso de sustancias, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ff. Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Escriba hasta tres servicios que usted necesita pero que no son ofrecidos por ningún proveedor en el área de Atlanta.

1. _____
2. _____
3. _____

97. Ahora voy a leerle una lista de conversaciones que tal vez ha tenido con un proveedor de servicios del VIH. Por favor chequee la caja que corresponde con el artículo.

	Proveedor Médico (médico, enfermera, administrador de casos, consejero de pares, o proveedor)	Nadie	No sé
a. Su riesgo de contagiar a otra persona con VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. El uso de los condones para reducir la propagación del VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. El riesgo que la pareja receptiva en el sexo anal o vaginal puede infectar a otra persona con el VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. El riesgo que la pareja insertiva en el sexo anal o vaginal puede infectar a otra persona con el VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El riesgo que una persona con VIH puede infectar de nuevo a otra persona con VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. El impacto de la carga viral (viral load) de una persona en infectarse a otra persona con el VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sus decisiones de revelar su estatus del VIH a sus parejas sexuales y a las personas con quienes comparte las drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. El riesgo de combinar las drogas del club/la calle y el sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. El impacto del Hepatitis C en una persona con VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

98. 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 los siguientes?			
<u>ALGUNA VEZ ha usado</u>			<u>SI HA USADO EL AÑO PASADO</u>			
			<u>No ha usado en el año pasado</u>	<u>Ha usado uno o más veces al mes</u>	<u>Ha usado o lo menos una vez al mes</u>	<u>Ha usado una vez a la semana o más</u>
			No	Si		
a.	Alcohol	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Marihuana o hashomarihuana sintetica	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Crack/cocaína	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Heroína	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Crystalmethormetanfetaminas, Tina	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Speedball	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	GHB (Gamma Hydrooxybutyrate), Ga. Homeboy	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Poppers	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Éxtasis (X), Molly	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Special K (Ketamine)	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Drogas erectiles como Viagra Junto con las drogas de la calle	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Drogas de receta que no son recetadas a usted; si recetadas, no usados como dice la receta (explique)_____	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Codina	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Sales de baño	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	LSD, hongos, acido	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.	Otro (explique)_____	No Si→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

99. ¿Ha usado una aguja/jeringuilla para inyectar las drogas de la calle en los últimos 12 meses?	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

100. ¿Ha usado una aguja/jeringuilla para inyectar las hormonas o esteroides en los últimos 12 meses?	
Si	<input type="checkbox"/>
No → Vaya a # 77	<input type="checkbox"/>

101. ¿Con qué frecuencia ha compartido agujas de drogas con alguien en los últimos 12 meses?	
Nunca	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
Siempre	<input type="checkbox"/>

102. ¿Con qué frecuencia ha usado un servicio de intercambio de agujas en los últimos 12 meses?	
Nunca	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
Siempre	<input type="checkbox"/>

