

**Cliente: Complete las preguntas a continuación. Si tienes preguntas, por favor háganoslo saber.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer:  Masculino  Femenino  No respondere  
Identidad de Género actual:  Masculina  Femenina  No respondere  
*(marque solo una)*  Transgénero **M a F**  Transgénero **F a M**  Genero no conforme (GNC)

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Apt # Ciudad Estado Zip

País de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Etnia:  Hispanx o Latinx  No-Hispanx o Latinx  No lo se  No respondere  
*(marque solo una)* Raza:  Indio Americano / Nativo Alaskan  Blanco  Asia/Asitica  No lo se  Negro/Afro-Americanx  No respondere  Nativx de Hawaia/Islands del Pacifico

**Cliente: Complete las preguntas de salud a continuación.**

1. ¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 12 meses??  0  1  2-5  6-10  10+  No lo se

2. ¿Tu (s) pareja (s) tienen relaciones sexuales con:  Hombre  Mujer  Transgénero  No lo se

3. ¿Pregunta a sus parejas sobre el estatus del VIH?  Si- cada pareja  Solo algunas parejas  No nunca

4. ¿Tienes sexo anal (superior o inferior) con hombres?  Si  No  No lo se  No respondere  
*(En caso negativo, pase a la pregunta 5)*

**EN CASO AFIRMATIVO:** En los últimos 12 meses has:

- a. ¿Tuvo relaciones sexuales con un hombre sin usar condón?  Si  No  No lo se  No respondere  
b. ¿Tuvo relaciones sexuales con un hombre que usa drogas IV?  Si  No  No lo se  No respondere  
c. ¿Tuvo relaciones sexuales con un hombre que es VIH positivo?  Si  No  No lo se  No respondere

5. ¿Tienes sexo vaginal o anal con mujeres?  Si  No  No lo se  No respondere  
*(En caso negativo, pase a la pregunta 5)*

**EN CASO AFIRMATIVO:** En los últimos 12 meses has:

- a. ¿Tuvo relaciones sexuales con una mujer sin usar condón?  Si  No  No lo se  No respondere  
b. ¿Tuvo relaciones sexuales con una mujer que usa drogas IV?  Si  No  No lo se  No respondere  
c. ¿Tuvo relaciones sexuales con una mujer que es VIH positivo?  Si  No  No lo se  No respondere

6. ¿Tienes sexo vaginal o anal con una persona TransGNC?  Si  No  No lo se  No respondere

**EN CASO AFIRMATIVO:** En los últimos 12 meses has:

- a. ¿Tuvo relaciones sexuales con una TransGNC sin usar condón?  Si  No  No lo se  No respondere  
b. ¿Tuvo relaciones sexuales con una TransGNC que usa drogas IV?  Si  No  No lo se  No respondere  
c. ¿Tuvo relaciones sexuales con una persona TransGNC VIH positivo?  Si  No  No lo se  No respondere

7. Postoperatorio: ¿Has tenido sexo vaginal o anal con un hombre?  Si  No  No lo se  No respondere

