



MEXICO

INSERTE SU LOGO AQUÍ

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

FOLIO AHF/

Ciudad y Estado de aplicación: _____ Fecha: de del 201____
Día Mes

Mujer () **Hombre**() **Trans(H-M / M-H)** **Edad** ___ **Ocupación principal:** Hogar() Independiente()
Sexo Comercial() Personal de salud() Desempleado() Estudiante() Otro: _____

Escolaridad: Analfabeta() Sabe Leer y Escribir() Primaria/Secundaria() Bachillerato()
Licenciatura / Ingeniería () Postgrado () **¿Tiene algún servicio médico?** IMSS() ISSSTE() S. Popular ()

No() Otro() **¿Ha iniciado su vida sexual?** Sí() No() **¿A qué edad inició?** _____

Sus relaciones sexuales han sido con: Hombres() Mujeres() Hombres y mujeres ()

¿De todas sus relaciones sexuales, en cuántas usa condón? (0 de 10) **Nunca**() (Entre 1 y 3 de 10) **Casi nunca**()
(Entre 4 y 6 de 10) **A veces** () (Entre 7 y 9 de 10) **Casi siempre** () (10 de 10) **Siempre** ()

¿Tiene pareja sexual?No() **Sí:** Estable(s)(de más de 6 meses)() Ocasional(es)() Estable(s) y ocasionales()

¿Tiene más de una pareja sexual estable (de más de 6 meses)? Sí() No() **En los últimos 6 meses ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto de:** Alcohol() Drogas inyectables() Poppers() Viagra() Cloruro()
Otras drogas: _____ **Está embarazada?** Sí () No () No sé ()

¿Está amamantando a su bebé? Sí() No() **¿Tiene hijos menores de 2 años?** Sí() No()

¿Ha tenido alguna Infección de Transmisión Sexual en los últimos 2 años? Sí() No() No sé()

Marque si ha presentado: Flujo vaginal() Secreción uretral() Dolor e hinchazón en los testículos()
Úlceras genitales o perianales() Dolor abdominal bajo en la mujer() Verrugas genitales o perianales()
Ganglios inguinales inflamados (bubón)() Otro: _____

¿Se ha hecho antes prueba de VIH? No() **Sí, hace:** Menos de 6 meses() 6 meses a 1 año() Más de 1 año()

¿Qué tipo de prueba fue? Rápida() Laboratorio() **¿Le entregaron su resultado en ese momento?** Sí() No()

¿Cuál fue el resultado? Negativo() Positivo() No regresé por él () No sé ()

¿Por qué se realiza la prueba? Tuvo sexo sin protección (vaginal, oral o anal)() Es hijo(a) de Mamá VIH+()

Le hicieron transfusión sanguínea() Consume drogas inyectables() Accidente con material contaminado()

Tuvo sexo sin protección con una persona que se inyecta drogas (vaginal, oral o anal)()

Tuvo sexo sin protección con una persona que vive con VIH (vaginal, oral o anal) ()

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

RESULTADOS DE LA PRUEBA: NO LLENAR. Uso exclusivo del consejero

Clave seguimiento: _____

1ª Prueba (_____) Resultado: _____ 2ª Prueba (_____) Resultado: _____

Nombre del Consejero

Vinculado: () SI () NO Hora Resultado : am /pm
Nombre del vinculado: _____