



SECCIÓN 3. PREGUNTAS DEL EXAMEN MÉDICO				- SOLO PARA USO OFICIAL -
Por favor, responda las siguientes preguntas:	En el último año	En su vida	Nunca	Date and initial each entry
10. ¿Ha tenido sexo con un hombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. ¿Ha tenido sexo con una mujer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. ¿Ha tenido sexo con una persona transgénero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. ¿Ha tenido sexo con desconocidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. ¿Ha tenido sexo con alguien que tenía el VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. ¿Ha tenido sexo con un hombre que tenía sexo con otros hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. ¿Ha tenido sexo por drogas, dinero, u otras cosas que necesitaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. ¿Ha tenido sexo con alguien que ofrecía sexo por dinero, drogas, u otras cosas que necesitaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. ¿Estuvo en prisión alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. ¿Se ha inyectado alguna droga no recetada por un doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. ¿Ha aspirado drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. ¿Ha compartido equipo para inyectarse o drogas para inhalar, esteroides, hormonas, silicona, u otras sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. ¿Se realizó algún tatuaje o perforación fuera de un salón con licencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. ¿Ha tenido sexo con alguien que tiene Hepatitis C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. ¿Ha vivido o tenido sexo con alguien que tiene hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. ¿Ha sido golpeado, abofeteado, ahorcado, abusado sexualmente, o de otra forma herido físicamente por alguien, incluyendo alguien con quien tenía citas o con quien salía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. ¿Alguna vez alguien le hizo tener sexo (vaginal, oral, anal) cuando no quería, incluyendo alguien con quien tenía citas o con quien salía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. ¿Tuvo sexo con alguien que conoció por Internet o una aplicación móvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo</b> , ¿qué sitios o aplicaciones usó? _____				
28. ¿Piensa (o sabe) si su pareja ha estado teniendo sexo con alguien más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe				
29. ¿Está interesado en medicamentos para prevenir el VIH (como PrEP o nPEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro				
29. ¿Alguna vez se realizó la prueba para el VIH? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: ¿Fecha de la última prueba? _____				
30. ¿Alguna vez se realizó la prueba para sífilis? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: ¿Fecha de la última prueba? _____				
32. Por favor, enumere preguntas específicas que tiene para el proveedor de hoy:				

**Reminder:** Record any changes to the client's medical or STI history on the "General Health History" form.

- SOLO PARA USO OFICIAL -		
REVIEW NOTES	INITIALS	DATE
<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes		
<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted		
<input type="checkbox"/> Reviewed, no changes		
<input type="checkbox"/> Reviewed, changes as noted		

LABEL
-------