

Información del Paciente

Nombre del paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Firma del Paciente: _____
Número de Seguro Social: _____ **Teléfono #:** _____ **Email:** _____
Dirección: _____ **Apt #:** _____ **Ciudad:** _____ **Condado:** _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____
Raza: Blanco Negro/Africanoamericano Asiático Indioamericano/Nativo de Alaska Hawaiano/Islas Pacificas Otro
Raza: Hispano/Latino No Hispano/Latino **Sexo:** Hombre Transexual Otro Hombre Mujer hombre a mujer Mujer a Hombre **Sexo al nacer:** Hombre Mujer rehúso a contestar
Persona a contactar en Emergencia: _____ **Relacion** _____ **Teléfono #:** _____
Tiene usted seguro médico? SI NO **Sí, Cuál?** Medicaid CHIP Seguro Médico Privado Otro
Estado Civil: Casado Soltero Relación Abierta Otro **# de gente en su casa?:** ____ **Percepcion mensual?:** ____
Ha usted vivido o viajado afuera de USA recientemente? Sí NO Si, Sí a Dónde? _____
Cuando fuel la última vez que estuvo en esta clínica? _____
Viene con su Pareja? Si NO Si, Sí, (Numero de tu pareja en la Clínica _____)
Cuál es su primer idioma? _____

Historia Médica

SI NO **Mujeres: Está usted embarazada?** **Fecha de la última menstruación:** _____
SI NO **Tiene usted alergia a algún medicamento? Cúal medicina?:** _____ Tipo de Reaccion-

SI NO **Esta usted en tratamiento de alguna enfermedad? Sí, Cuál?:** _____
SI NO **Está tomando algun medicamento? Sí, Cuál?:** _____
SI NO **Fuma usted o usa cualquier tipo de Tabaco incluyendo vapor?**
desea información de cómo dejarlo? SI NO
SI NO **Se ha hecho usted alguna prueba de HIV o de ETS (enfermedades de transmisión Sexual)?**
Si, Sí, cuales: _____ **fecha de la prueba: (día, mes o ano)** _____
SI NO **Le han dicho alguna vez que usted tiene HIV, Sifillis, Hepatitis C, Chlamydia o Gonorrhea?**
Si, Cuál ? _____ **Cuando?** _____
SI NO **Ha sido usted alguna vez tratado para alguna enfermedad sexual? Cúal tratamiento recibió?**
_____ **Cuándo?** _____ **Quién le dio el tratamiento?** _____

Cuál es la razón de su visita ahora?

- Exámenes de ETS (enfermedades de transm sexual)
- Tratamiento Preventivo
- Examen de HIV Rutina
- Tengo un problema o alguna infección!
- Mi pareja fue tratado/a para alguna infección:
Chlamydia Gonorrhea
Syphilis Trichomoniasis
HIV No se cuál infección!
Otra: _____

Alguien le dijo que viniera ahora?

- No
- Sí, para Chlamydia o Gonorrhea
- Sí, para Syphilis

Quién le dijo que viniera con nosotros?

Nombre de la persona de nuestra clinica: _____

Pareja: Nombre: _____

fecha de nacimiento de su

pareja: _____

Tiene usted alguno de los siguientes síntomas?

- No
- Dolor / Fiebre /Sangrado.
- Dolor Abdominal, Fiebre, doloar Escrotal.
- Desecho (vagina / por el pene o recto) color: _____
- Lesion de piel / Rash /bola,
masa:donde? _____
- Ampollas /verrugas: dónde _____
- Comezón: dónde _____
- Dolor al orinar
- Otro _____

Hombres

En los últimos 90 días usted:

Ha tenido sexo con otro hombre? __ SI __NO

Si, Sí, es usted activo (cuando usted pone su pene en el recto de su pareja)

SI NO

Es usted Pasivo (cuando usted recibe el pene de su pareja)

SI NO

Ha tenido sexo en algún lugar público como biblioteca,

Otro: _____	Estacionamiento, parque, etc? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
-------------	--

Metro Health STD/ Forma de Evaluación de riesgo

En los últimos 90 días usted ha?		
SI	NO	Tenido más de una pareja sexual?
SI	NO	Conocido a alguien para tener sexo?
SI	NO	Conocido a alguien en línea/internet para tener sexo? Cuál sitio? _____
SI	NO	Intercambiado: dinero, drogas, comida, habitación u otras cosas por Sexo?
SI	NO	Tenido sexo con un/una trabajador/a sexual o prostituta?
SI	NO	Ha usado drogas como: Cocaina, Metamfetamina o drogas intravenosas? Si, Sí, comparte usted su equipo (jeringas)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Con cuántas personas ha usted compartido su jeringa en los últimos 90 días? _____
SI	NO	Ha tenido usted algún tipo de contacto sexual con alguien del mismo sexo (voluntaria o involuntariamente)?
SI	NO	Ha tenido sexo con alguien que haya tenido: Sifilis, Gonorrhea, Chlamydia, Hepatitis, or HIV? Sí, cuál? _____
SI	NO	Ha tenido sexo con alguien en un lugar público como: bar, club, librería, estacionamiento o "bathhouse".? Sí, en dónde? _____
Que tan seguido usa usted condones o alguna otra proteccion? <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca		

Preguntas adicionales.	
Mi pareja sexual es: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transexual	# de parejas sexuales en los últimos 6 meses: Hombres: _____ Mujeres: _____ Transexuales: _____
En su opinión, cual es su riesgo de contagiarse de HIV? <input type="checkbox"/> Bajo Riesgo <input type="checkbox"/> Riesgo Moderado <input type="checkbox"/> Alto Riesgo	Por que cree usted que esta en ese nivel de riesgo?

Por favor conteste lo siguiente:		
SI	NO	Alguna vez a escuchado acerca del PrEP?
SI	NO	Esta usted tomando actualmente medicamento para PrEP?
SI	NO	Ha usted usado en los últimos 12 meses PrEP?