

**CUESTIONARIO DE LA PrEP**  
(PrEP Questionnaire)

La fecha de hoy:

/ /

Test ID A# Sticker Here

La fecha de nacimiento

/ /

El estado donde vive

El condado donde vive

Su código postal

**Etnicidad**

- Hispano o latino  
 Ni hispano ni latino

**Raza** (Marque todo lo que corresponda)

- Indio americano/nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro/afroamericano  
 Hawaiano nativo / isleño del pacífico  
 Blanco  
 No especificado

**Sexo al nacer**

- Masculino  
 Femenino

**Identidad de género actual**

- Masculino  
 Femenino  
 Transgénero masculino a femenino (MTF)  
 Transgénero femenino a masculino (FTM)  
 Transgénero - No especificado  
 Otro género

¿Se ha hecho la prueba del VIH anteriormente?

- Sí  No  No sé

Si se ha hecho la prueba del VIH anteriormente, ¿cuál fue el resultado?

- Negativo  Positivo  No sé

**Según lo mejor de su conocimiento, en los últimos 5 años:**

¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales y anales con un hombre?

- Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales y anales con un hombre **sin usar un condón?**

- Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales y anales con un hombre **que se inyecta drogas?**

- Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con un hombre **que es VIH+?**

- Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una mujer?

- Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una mujer **sin usar un condón?**

- Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una mujer **que se inyecta drogas?**

- Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una mujer **que es VIH+?**

- Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una persona **transgénero?**

- Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una persona transgénero **sin usar un condón?**

- Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una persona transgénero **que se inyecta drogas?**

- Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una persona transgénero **que es VIH+?**

- Sí  No

**Según lo mejor de su conocimiento, en los últimos 5 años:**

¿Se ha inyectado drogas?  Sí  No

¿Se ha compartido equipos para usar drogas inyectables?  Sí  No

**Marque la casilla para indicar sí:** (Marque todo lo que corresponda)

¿Alguna vez ha oído hablar de la profilaxis preexposición (PrEP, por sus siglas en inglés)?

¿Está tomando medicación PrEP diaria?

¿Ha usado PrEP en algún momento durante los últimos 12 meses?

**CUESTIONARIO DE LA PrEP  
(PrEP Questionnaire)**

**For PrEP Navigators Only**

**Essential Health Benefits:** (Check box for yes, check all that apply)

	Screened for Need	Need Determined	Provided or Referred
Health benefits navigation and enrollment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evidence-based risk reduction intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behavioral health services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Local Use Fields**

**Worker Name:** (Enter in Local Use Field1) \_\_\_\_\_

**Referral Source:** (Enter in Local Use Field2) \_\_\_\_\_