

CUESTIONARIO DE PRUEBAS TESTING 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 <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino | Raza (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo / isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No especificado | Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Identidad de género actual <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino (MTF) <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino (FTM) <input type="checkbox"/> Transgénero - No especificado <input type="checkbox"/> Otro género |
|--|---|---|--|

| | |
|--|--|
| ¿Se ha hecho la prueba del VIH anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | Si se ha hecho la prueba del VIH anteriormente, ¿cuál fue el resultado? <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> No sé |
|--|--|

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

| | | |
|---|---|---|
| ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales y anales con un hombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una mujer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una persona transgénero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales y anales con un hombre sin usar un condón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una mujer sin usar un condón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una persona transgénero sin usar un condón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales y anales con un hombre que se inyecta drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una mujer que se inyecta drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una persona transgénero que se inyecta drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con un hombre que es VIH+? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una mujer que es VIH +? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿He tenido relaciones sexuales vaginales o anales con una persona transgénero que es VIH+? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 PRUEBAS TESTING QUESTIONNAIRE

For Testing Staff Only

HIV Test Election

Anonymous Confidential Test Not Done

Worker Name (Enter in Local Use Field 1): _____

Test Type:

(When entering into Evaluation Web select only the **final** test type. If an HIV lab-based test was performed, select lab-based test. If **only** a rapid test was performed, select rapid test in EvaluationWeb.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CLIA-waived Rapid Test(s) ↓ Sample Date: _____ <input type="checkbox"/> Preliminary Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Invalid | <input type="checkbox"/> Laboratory-based Test ↓ Sample Date: _____ <input type="checkbox"/> HIV-1 Positive <input type="checkbox"/> HIV-1 Positive, possible acute <input type="checkbox"/> HIV-2 Positive <input type="checkbox"/> HIV Negative <input type="checkbox"/> Inconclusive, further testing needed |
|--|---|

For HIV Negative Results Only:

Is the client at risk for HIV infection?

Risk Not Assessed

Was the client screened for PrEP eligibility?

No Yes

Is the client eligible for PrEP referral?

No Yes, by CDC criteria

Was the client given a referral to a PrEP provider?

No Yes

Was the client provided services to assist with linkage to a PrEP provider?

No Yes

Result provided to the client?

No Yes Yes, client obtained the result from another agency

Co-Infections: (Check if applicable)

Was the client tested for Syphilis?

No Yes ----->

Syphilis Test Result:

Newly identified infection Not infected Not known

Was the client tested for Gonorrhea?

No Yes ----->

Gonorrhea Test Result:

Positive Negative Not known

Was the client tested for Chlamydia?

No Yes ----->

Chlamydial Test Result:

Positive Negative Not known

Was the client tested for Hepatitis C?

No Yes ----->

Hepatitis C Test Result:

Positive Negative Not known

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"/> |
| <i>(HIV+ Only)</i> Navigation services for linkage to HIV care <i>(Referred to a Linkage to Care Specialist)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>(HIV+ Only)</i> Linkage services to HIV medical care <i>(Referred to a Provider)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>(HIV+ Only)</i> Medication adherence support | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |