



ASESORAMIENTO COORDINACION DE CUIDADO MEDICO (CCM)

Apellido del Paciente: _____	Nombre: _____	Inicial: _____
Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YYYY): ____/____/____		
MRN: _____	Casewatch ID#: _____	
Fecha que se comenzó el Asesoramiento (MM/DD/YYYY): ____/____/____		
Fecha que se terminó el Asesoramiento (MM/DD/YYYY): ____/____/____		
Tipo de Asesoramiento: Inicial _____ Nuevo asesoramiento: _____		
Apellido del MCM: _____	Nombre: _____	Inicial: _____
Apellido de PCM: _____	Nombre: _____	Inicial: _____

*** TODAS LAS INSTRUCCIONES PARA EL PCM Y MCM PARA ADMINISTRAR LA EVALUACIÓN MCC APARECEN EN CAPITOL, CARTAS BOLD – SI SE NECESITA INSTRUCCION ADICIONAL, POR FAVOR CONSULTE LA GUIA DE EVALUACIÓN MCC**

I. ESTADO DE SALUD

LA INFORMACION EN LA SECCION DEL ESTADO DE SALUD SE DEBE EXTRAER DEL EXPEDIENTE MEDICO DEL CLIENTE ANTES DE COMPLETAR EL ASOSERAMIENTO CON EL CLIENTE

PARA PACIENTES QUE SON NUEVOS O RECIEN DIAGNOSTICADOS:

¿La información del estado salud está disponible? Si No (si no, complete lo siguiente)

1. Fecha de diagnóstico con VIH (mes/año): ____/____/____
2. Fecha del más reciente conteo de CD4 (mes/año): ____/____/____ No está disponible <input type="checkbox"/> Conteo de CD4 más corriente _____celulas/mm ³
3. Fecha de la más reciente carga viral (mes/año): ____/____/____ Carga Viral más reciente _____copies/mL Se suprimió la carga viral más reciente a <200 copias/mL? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si No está disponible <input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene el paciente un diagnóstico de SIDA? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha de diagnóstico (mes/día/año): ____/____/____
5. Qué sexo se asignó al nacer? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersex <input type="checkbox"/> No sabe
6. PARA PACIENTES FEMEMINAS: ¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido

7. CONDICIONES MÉDICAS PASADAS O ACTUALES

7.1 Complicaciones o condiciones relacionadas con el VIH: compruebe si la afección se ha producido alguna vez en el pasado y si continúa como un problema actual

Compruebe si NO hay complicaciones/afecciones relacionadas con el VIH pasadas o activas o si son **DESCONOCIDAS**

CONDICION	PASADA	ACTIVA	CONDICION	PASADA	ACTIVA
Demencia a causa del SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Histoplasmosis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefropatía por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Candidiasis oral (Thrush)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isosporiasis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Candidiasis-Esófago, Pulmones*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática (no hep B o C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer Cervical, invasivo*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarcoma de Kaposi*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coccidioidomicosis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfoma, Burkett'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección criptocócica*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfoma, inmunoblastico*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Criptosporidiosis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycobacterium Avium (MAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CMV de hígado, bazo, nodos solamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumocystis (PCP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retinitis CMV*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PML*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CMV-otro *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Septicemia de salmonela*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B, Crónica*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ETSs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C, Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2013 ASESORAMIENTO DE COORDINACION DE CUIDADO MEDICO (CCM)

Herpes simple- úlceras crónicas*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycobacterium Tuberculosis (TB)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes simple-esófago, pulmones*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de despilfarro debido al VIH*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encefalopatía relacionada con el VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Indica una enfermedad que define el SIDA o una hepatitis B crónica

7.2 Condiciones de enfermedades crónicas: compruebe si el paciente alguna vez fue diagnosticado con la afección y si la afección no está actualmente bajo control.

Compruebe aquí si NO hay enfermedades crónicas pasadas o mal controladas o si **DESCONOSE**

CONDICION	¿Alguna vez diagnosticado?	¿No esta controlado/a?
	SI	SI
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma o Reactive Airways	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Autoinmune- En caso afirmativo, ¿cuál es? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer- En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente Cerebrovascular (CVA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal crónica (ERC)- no relacionada con el VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de las arterias coronarias (CAD) o ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC o enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demencia (no relacionada con el VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus (DM) Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfunción eréctil (ED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperlipidemia (HL) o colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión (HTN) o presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipodistrofia o cambios en el lugar donde lleva la grasa corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testosterona baja o hipogonadismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis o fractura de cadera o muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis (OA) En caso afirmativo, ¿dónde? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de visión (cataratas u otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.3 Neurológico/Salud Mental: compruebe si la condición se produjo en el pasado y si es un problema activo (actual)

Compruebe aquí si NO hay enfermedades crónicas pasadas o mal controladas o si **DESCONOSE**

CONDICION	PASADA	ACTIVA	CONDICION	PASADA	ACTIVA
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuropatía o ardor u hormigueo doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de demencia/memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema de salud mental _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. COMORBILIDADES MÉDICAS

	NO	SI		NO	SI	FECHA (mes/año)
¿Alguna vez a sido diagnosticado con Hepatitis B o C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	EN CASO DE SI - ¿Completaron el tratamiento para la Hepatitis B o C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
¿Alguna vez se vacunó contra la Hepatitis A?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	EN CASO DE SI – ¿Completaron la serie del tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
¿Alguna vez se ha vacunado contra la Hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	EN CASO DE SI – ¿Completaron la serie del tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
¿Alguna vez recibió una prueba de tuberculosis positiva (TB) o le dijeron que estaban infectados con tuberculosis?	<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> →	EN CASO AFIRMATIVO, ¿Completó el paciente el tratamiento recomendado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
SI NO (sin tuberculosis previa), proporcione la fecha de la prueba de tuberculosis más reciente:						___/___/___
Resultado de la prueba de tuberculosis más reciente:						
<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Indeterminado						

9. MEDICAMENTOS ACTUALES

¿Se recetaron medicamentos para el VIH al paciente?

No → **Pase a la pregunta Q 9.2**

Si → **indicar medicamentos específicos para el VIH a continuación**

Table 9.1. Registre la lista de medicamentos para el VIH que el paciente está tomando actualmente (marque todos los que correspondan):

<u>Régimen de una sola tableta</u>	¿Lleno?	¿Tomando según lo prescrito?	¿Efectos secundarios?	Marcar cualquier efecto secundario
<input type="checkbox"/> Atripla <i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir DF (EFV/FTC/TDF)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Complera <i>Rilpivirine/emtricitabine/tenofovir DF (RPV/FTC/TDF)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Stribild <i>elvitagravir/cobicstat/emtricitabine /tenofovir DF (RPV/FTC/TDF)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<u>NRTI/NtRTIs</u>				
<input type="checkbox"/> Combivir <i>lamivudine/zidovudine (3TC/AZT)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Emtriva <i>emtricitabine (FTC)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Epivir <i>lamivudine (3TC)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Epzicom <i>abacavir/lamivudine (ABC/3TC)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Retrovir <i>zidovudine (AZT or ZDV)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Trizivir <i>abacavir/lamivudine/zidovudine (ABC/3TC/AZT)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Trueda <i>emtricitabine/tenofovir DF (FTC/TDF)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Videx EC <i>didanosine (ddl)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Viread <i>tenofovir dosoproxil fumarate (TDF)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Zerit <i>stavudine (d4T)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Ziagen <i>abacavir sulfate (ABC)</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción

2013 ASESORAMIENTO DE COORDINACION DE CUIDADO MEDICO (CCM)

<u>NNRTIs</u>	¿Lleno?	¿Tomando según lo prescrito?	¿Efectos secundarios?	Marcar cualquier efecto secundario
<input type="checkbox"/> Edurant <i>rilpivirine hydrochloride</i> (RPV)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Intelence <i>etravirine</i> (ETV)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Rescriptor <i>delavirdine</i> (DLV)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Sustiva <i>efavirenz</i> (EFV)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Viramune XR <i>nevirapine</i> (NVP)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
PIs				
<input type="checkbox"/> Aptivus <i>tipranavir</i> (TPV)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Crixivan <i>indinavir</i> (IDV)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Invirase <i>saquinavir</i> (SQV)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Kaletra <i>lopinavir/ritonavir</i> (LPV/r)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Lexiva <i>fosamprenavir calcium</i> (FPV)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Norvir <i>ritonavir</i> (RTV)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Prezista <i>darunavir</i> (DRV)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Reyataz <i>atazanavir sulfate</i> (ATV)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Viracept <i>nelfinavir</i> (NFV)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
INSTIs				
<input type="checkbox"/> Isentress <i>raltegravir</i> (RAL)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Dolutegravir <i>dolutgravir</i> (DTG)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Bajo de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Erupción

2013 ASESORAMIENTO DE COORDINACION DE CUIDADO MEDICO (CCM)

<input type="checkbox"/> Elvitegravir <i>elvitegravir</i> (EVG)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Bajo de Peso
--	--	--	--	--	---	--

Fusion/Entry Inhibitors	¿Lleno?	¿Tomando según lo prescrito?	¿Efectos secundarios?	Marcar cualquier efecto secundario		
<input type="checkbox"/> Fuzeon <i>enfuvirtide, T-20</i> (ENF)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Bajo de Peso
<input type="checkbox"/> Selzentry <i>maraviroc</i> (MVC)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Bajo de Peso
PK Enhancers						
<input type="checkbox"/> Cobicistat <i>cobicistat</i> (COBI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Bajo de Peso
OTRO ARTs						
<input type="checkbox"/> Otro 1: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Bajo de Peso
<input type="checkbox"/> Otro 2: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Sube de Peso <input type="checkbox"/> Bajo de Peso

9.2. ¿El paciente está tomando algún medicamento(s) de salud mental?

- No
- No Se
- Si (liste): _____

9.3. Registre cualquier otro medicamento que el paciente esté tomando actualmente:

9.4. ¿El paciente está tomando suplementos herbarios o vitamínicos?

- No
- No Se
- Si* (liste): _____

* Ajo, ginseng, melatonina, cardo de leche, Hierba de San Juan (Hipericina) o valeriana puede interactuar con ARTs – discutir con el paciente si cualquiera de estos se divulga

10. ¿El paciente ha sido diagnosticado con una ETS en los últimos 6 meses?

- No (SIGA a Q11)
 Si (Si SI, complete la siguiente información):

STD TYPE	DIAGNOSIS DATE (MM/DD/YYYY)	TREATED?	
		NO	YES
Chlamydia	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonorrea	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes Simplex 1 o 2	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Human Papilomavirus (HPV)	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tricomoniasis	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. VACUNAS

	NO	YES		DATE COMPLETED (MM/DD/YYYY)
¿El paciente ha recibido alguna vez una vacuna antineumocócica (o neumovax)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	Si SI, fecha de la vacunación más reciente contra la neumonía	___/___/_____
¿El paciente ha recibido una vacuna antigripal o una vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	Si SI, –fecha de la vacunación antigripal más reciente o vacuna contra la gripe	___/___/_____

12. NUTRICION

¿Tiene el paciente alguna de las siguientes afecciones de "Agudeza grave"?	NO	SI
1. Cambio de peso dramático (> 10% pérdida o ganancia de peso no intencional) en 4-6 meses anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemas gastrointestinales u orales que interfieren con la alimentación, como el zorzal oral o esofágico crónico, o la disfagia (náuseas/vómitos crónicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comorbilidades de alto riesgo, como enfermedad renal crónica, diálisis, diabetes mellitus mal controlada o alimentación por sonda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Interacciones complicadas entre alimentos y medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene el paciente alguna de las siguientes condiciones de "Alta Agudeza"?	NO	SI
5. Recién diagnosticado con VIH en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Comorbilidad, como DM, intolerancia a la glucosa, hipertensión, enfermedad hepática, anormalidad, osteoporosis/osteopenia, anemia o tuberculosis, que pueden mejorarse mediante el asesoramiento nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es obeso o bajo peso, o tiene evidencia de redistribución de grasa corporal (lipoatrofia o adiposidad central)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Enfermedad del SNC que resulta en una disminución de la capacidad funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Alimentación desordenada como anorexia, atracones, purga, uso de píldoras laxantes/dietéticas o una dieta restrictiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. CALIDAD DE VIDA

(LEER EN VOZ ALTA AL PACIENTE): Voy a hacerle algunas preguntas sobre cómo puede sentirse y lo bien que es capaz de hacer sus actividades habituales. No es específico del VIH o el SIDA. Para cada pregunta, por favor dé una respuesta que se acerque más a la forma en que se ha estado sintiendo.

1. En el último mes, ¿diría que su salud general es excelente, muy buena, buena, justa o pobre?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Justa
- Pobre

2. ¿Tiene algún problema de salud en particular hoy?

- No
- Si (descríbalos): _____

2a. ¿Desea ayuda para hablar con su médico sobre sus preocupaciones? Si No

INSTRUCCIONES: POR FAVOR LEA Y INDIQUE SI EL PACIENTE NECESITA AYUDA CON CUALQUIER TAREAS Y CUENTE EL NÚMERO DE RESPUESTAS "SI" PARA EL PUNTAJE

(LEER EN ALTA VOZ AL PACIENTE): En este momento, ¿necesita ayuda para realizar las siguientes tareas?

Tareas	No	Si	En caso afirmativo, ¿quién ayuda?
3a. Alimentarse a sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3b. Pasar de la cama a una silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3c. Llegar al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3d. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3e. Bañarse o ducharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3f. Caminando por la habitación - ¿Utiliza un bastón, un andador o una silla de ruedas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, especifique bastón, andador o silla de ruedas: _____
3g. Uso del teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3h. Tomar sus medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3i. Preparación de comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3j Gestión de dinero (como realizar un seguimiento de los gastos o pagar facturas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3k. Tareas domésticas moderadamente extenuantes, como lavar la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3l. Comprar comestibles o artículos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3m. Subir un tramo de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3o. Manejar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3p Llegar a lugares más allá de la distancia a pie (como en autobús o coche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CUENTA las respuestas SI para obtener el ADL SCORE

2013 ASESORAMIENTO DE COORDINACION DE CUIDADO MEDICO (CCM)

***** SI EL PACIENTE TIENE MÁS DE 50 años, HAGA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS*****

(LEER CADA TEMA A VOZ ALTA): En los últimos 12 meses usted:	No	Si	Rechazado / No sé
4. ¿Tuvo más problemas que en el pasado con la memoria para los acontecimientos cotidianos, como recordar dónde puso las cosas, recordar eventos recientes, recordar planes, citas o llamadas telefónicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
5. ¿Caído 2 o más veces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Caído y lastimado o necesitaba ver a un médico debido a la caída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene miedo de caerse por problemas de equilibrio o caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tuvo un problema con la incontinencia urinaria (o la vejiga) que es lo suficientemente molesto como para que te gustaría saber más sobre cómo se podría tratar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tuvo problemas con su visión o notó un cambio en tu visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene dificultad para oír?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*** Si la respuesta es SI, se necesita una evaluación adicional con la prueba MOCA**

III. ACCESO Y ADHERENCIA ANTIRRETROVIRALES

SI EL PACIENTE NO ESTÁ ACTUALMENTE EN ART, ENTONCES COMPRUEBE AQUÍ Y SIGA A LA SIGUIENTE SECCIÓN

(LEA EN VOZ ALTA): Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el VIH, el medicamento que toma para su VIH y las formas en que toma su medicamento para el VIH. En primer lugar, nos gustaría saber si los pacientes son familiares con dos términos de VIH: un recuento de CD4 y una carga viral. ¿Le importaría si le hago algunas preguntas sobre esto?

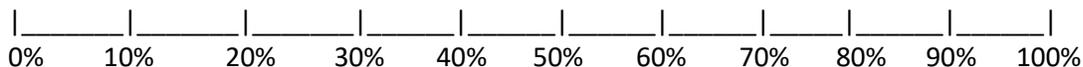
- | | PUNTAJE |
|---|---------|
| 1. ¿Puede decirme qué es un conteo de CD4? [¿Respondió el paciente correctamente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si] | |
| SI EL PACIENTE RESPONDE CORRECTAMENTE, PREGUNTE: | |
| 1a. ¿El objetivo del tratamiento para hacer que el conteo de CD4 suba o baje? | |
| [1] Suba [0] Baje →PUNTAJE → | _____ |
| 2. ¿Puede decirme qué es un recuento de carga viral? [¿Respondió el paciente correctamente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si] | |
| SI EL PACIENTE RESPONDE CORRECTAMENTE, PREGUNTE: | |
| 2a. ¿El objetivo del tratamiento es hacer que la carga viral suba o baje? | |
| [1] Baje [0] Suba →PUNTAJE → | _____ |
| 3. ¿Qué medicamentos está tomando actualmente para tratar el VIH? (EL CLIENTE DEBE NOMBRAR A TODOS MEDICAMENTOS TOMADOS EN LA TABLA 7.1 de la SECCION DE ASESORAMIENTO DE SALUD) | |
| [1] Correcto [0] Incorrecto [0] No Sabe →PUNTAJE→ | _____ |
| <u>Suma 1-3 para obtener la Puntuación de Alfabetización del VIH (HL)</u> | |
| | _____ |

4. A muchos pacientes les resulta difícil tomar todos sus medicamentos para el VIH exactamente como se prescribe. ¿Cuántas dosis de sus medicamentos para el VIH se perdió en los últimos 7 días? (Número de dosis)

- 0 dosis 1 doce 2 dosis 3 dosis 4 dosis
 5 dosis 6 dosis 7 dosis 8 o más dosis

5. Por favor, señale el lugar en la línea en esta tarjeta en el punto que muestra su mejor conjetura sobre la cantidad de sus medicamentos recetados para el VIH que ha tomado en el último mes. Nos sorprendería si fuera 100% para la mayoría de la gente. **[MOSTRAR LA TARJETA DEL PACIENTE Y MARQUE INDICADO LINEA DE USO]**

Por ejemplo: 0% significa que no ha tomado ningún medicamento contra el VIH
 50% significa que ha tomado la mitad de su medicamento para el VIH
 100% significa que ha tomado cada dosis de su medicamento para el VIH.



6. ¿Alguna vez olvido tomar sus medicamentos para el VIH? No Si

7. Si se siente peor, ¿a veces deja de tomar sus medicamentos para el VIH? No Si

2013 ASESORAMIENTO DE COORDINACION DE CUIDADO MEDICO (CCM)

8. ¿Se perdió tomar alguno de sus medicamentos para el VIH el fin de semana pasado? No Si

9. ¿Puede decirme algunas de las razones por las que podría ser difícil tomar sus medicamentos para el VIH regularmente? **(Marque todo lo que corresponda):**

✓		✓	
	Se sintió deprimido o abrumado		Tomar el medicamento le recordaría a su VIH
	Estaba ocupado con otras cosas o simplemente se olvidó		Estaba usando alcohol y/o drogas
	Se quedó sin medicamento		No pensó que la medicina estaba mejorando tu salud
	Estaba lejos de casa		Estaba dormido cuando se tenía que tomar una dosis
	Tenía demasiadas píldoras para tomar		Quería que la medicación durara más
	Estaba confundido acerca de cómo tomarlas		No querías que otros le vieran tomando su medicación
	Los medicamentos le hicieron sentir enfermo		Otra razón: _____
	Hubo un cambio en su rutina diaria		N/A – no es difícil tomar medicamentos

10. ¿Alguien le ayuda a recordar tomar su medicación para el VIH? **(Marque todas las que correspondan)**

- No - Lo hago yo mismo
- Personal de la clínica
- Familia
- Miembros de su congregación
- Amigos
- Localizador de farmacias
- Trabajador social o administrador de casos
- Otro: (especifique: _____)

11. ¿Alguien recibe o recoge su medicamento para el VIH (de la farmacia)? **(Marque todas las que correspondan)**

- No - Lo hago yo mismo
- Personal de la clínica
- Familia
- Miembros de su congregación
- Amigos
- Localizador de farmacias
- Trabajador social o administrador de casos
- Otro: (especifique: _____)
- Entrega de farmacia

12. ¿Alguna vez tiene problemas para obtener sus medicamentos para el VIH?

No Si (describa): _____

IV. ACCESO MÉDICO, VINCULACIÓN Y RETENCIÓN

(LEA EN VOZ ALTA): Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de los médicos que ve para la atención médica y cosas que pueden influir en cómo llegar a sus citas médicas.

1. ¿Tiene un médico que ve regularmente para su atención del VIH? No Si

Si **NO** → Proporcione una referencia

Si **SI** → ¿Cuándo fue la última vez que vio a su médico del VIH? ____/____/____
(mm/año)

2. ¿Tiene un dentista que vea regularmente? No Si

Si **NO** → Se recomienda que vea a un dentista cada 6 meses, ¿necesita una referencia a un dentista? No Si

Si **SI** → ¿Cuándo fue la última vez que vio a su dentista? ____/____/____ (mm/año)

3. ¿Tiene un oftalmólogo (de los ojos) que vea regularmente? No Si

Si **NO** → ¿Necesita una referencia para un oftalmólogo? No Si

Si **SI** → ¿Cuándo fue la última vez que vio a su oftalmólogo? ____/____/____ (mm/año)

4. ¿Tiene un médico o proveedor que vea regularmente para su salud mental? No Si

Si **NO** → ¿Necesita una referencia para un proveedor de salud mental? No Si

Si **SI** → ¿Cuándo fue la última vez que vio a su proveedor de salud mental?
____/____/____ (mm/año)

5. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 6 meses? No Si

Si **SI** → ¿Cuál fue/fueron las razones por las que fue hospitalizado?

Describe: _____

6. ¿Has estado en la sala de emergencias en los últimos 6 meses? No Si

Si **SI** → ¿Cuál fue/fueron las razones por las que fue a la sala de emergencias?

Describe: _____

7. ¿Alguna vez falta a las citas con su médico para su atención del VIH?

- No → PASE A Q. 9
- Si → ¿Con qué frecuencia pierdes sus citas?
 - Muy raramente
 - Algunas veces
 - Por lo general o la mayoría de las veces
 - Siempre

(LEA EN VOZ ALTA): A algunas personas les resulta difícil asistir a sus citas médicas contra el VIH. ¿Cuáles son algunas de las razones por las que es difícil para usted acudir a sus citas médicas contra el VIH?

8. Motivo por la que falta a citas médicas (marque todos los que correspondan):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Me sentí bien | <input type="checkbox"/> 14. Estaba sin hogar |
| <input type="checkbox"/> 2. Se sentía mal | <input type="checkbox"/> 15. El centro médico era inconveniente (ubicación/horas/espera- tiempo) |
| <input type="checkbox"/> 3. Olvidé ir | <input type="checkbox"/> 16. No pudo encontrar el proveedor adecuado |
| <input type="checkbox"/> 4. Bebía o consumía drogas | <input type="checkbox"/> 17. Falta de respeto/maltrato de proveedores/personal clínico |
| <input type="checkbox"/> 5. Preocupado porque alguien se entere de mi enfermedad | <input type="checkbox"/> 18. No tenía suficiente dinero ni seguro médico |
| <input type="checkbox"/> 6. No quería pensar en ser VIH positivo | <input type="checkbox"/> 19. Incapaz de obtener transporte |
| <input type="checkbox"/> 7. No creía en el resultado positivo de del VIH | <input type="checkbox"/> 20. Incapaz de obtener una cita previa |
| <input type="checkbox"/> 8. Falte a la cita | <input type="checkbox"/> 21. No completé el proceso de solicitud |
| <input type="checkbox"/> 9. Tenía otras responsabilidades (cuidado de niños/trabajo) | <input type="checkbox"/> 22. No elegible/denegado |
| <input type="checkbox"/> 10. Barrera del idioma | <input type="checkbox"/> 23. El sistema era demasiado confuso |
| <input type="checkbox"/> 11. Me mude o estaba fuera de la ciudad | <input type="checkbox"/> 24. No estaba disponible en mi área |
| <input type="checkbox"/> 12. Preocupación por la inmigración | <input type="checkbox"/> 25. La lista de espera era demasiado larga |
| <input type="checkbox"/> 13. Vivir de un lado a otro entre EE. UU. y otro país | |

¿Cuál fue la razón principal por la que te perdiste las citas?
(solo escribe el número de una):

9. ¿Alguien le recuerda que vaya a sus citas para su atención del VIH? [Marque todo lo que corresponda.]

- No – Lo hago yo mismo
- Familia, esposo/a, o pareja
- Amigos
- Trabajador social o administrador de casos
- Personal de la clínica/llamada de recordatorio
- Miembro de su congregación
- Otro: (especifique: _____)

V. VIVIENDA

INSTRUCCIONES: UTILICE EL FORMULARIO DE REGISTRO SEGÚN SEA NECESARIO PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA VIVIENDA

(LEA EN VOZ ALTA): "Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de su situación de vivienda, como en dónde vive y quién puede vivir con usted."

(Marque todo lo que corresponda):

<p>1. ¿Dónde vive actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Unidad de alquiler sola</p> <p><input type="checkbox"/> Casa propia</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo con un amigo (pago el alquiler)</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo con la familia</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo con mi pareja</p> <p>[cualquiera de los anteriores es ESTABLE – pase a Q1a]</p>	<p>1a. ¿Ha estado sin hogar en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>1b. ¿Ha recibido un aviso de desalojo o ha cortado sus servicios públicos en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>1c. ¿Se siente seguro donde vive?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No (PORQUE: <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Sucio <input type="checkbox"/> Otro: _____)</p> <p>1d. ¿Necesita ayuda para cambiar su situación de vivienda?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>
<p><input type="checkbox"/> Casa de grupo o de crianza</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo</p> <p><input type="checkbox"/> Transicional</p> <p><input type="checkbox"/> Hotel/Motel/SRO</p> <p><input type="checkbox"/> Temporal (amigo –no pago alquiler)</p> <p>[cualquiera de los anteriores son TEMPORALES – ir a Q2a]</p>	<p>2a. ¿Has estado sin hogar en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>2b. ¿Ha recibido un aviso de desalojo o ha cortado sus servicios públicos en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>2c. ¿Se siente seguro donde vive?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No (PORQUE: <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Sucio <input type="checkbox"/> Otro: _____)</p> <p>2d. ¿Necesita ayuda para cambiar su situación de vivienda?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>
<p><input type="checkbox"/> Caro</p> <p><input type="checkbox"/> Exterior/calle</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio</p> <p><input type="checkbox"/> Edificio abandonado/vacío</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>[cualquiera de los anteriores es DESAMPARADO – pase a Q3a]</p>	<p>3a. ¿Cuánto tiempo lleva sin hogar? _____ semanas</p> <p>3b. En donde: ¿Durmió? _____</p> <p>¿Comió (línea de comida)? _____</p> <p>¿Con amigos? _____</p> <p>3c. ¿Se siente seguro donde vive?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No (PORQUE: <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Sucio <input type="checkbox"/> Otro: _____)</p> <p>3d. ¿Necesita ayuda para cambiar su situación de vivienda?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>

VI. FINANASAS

INSTRUCCIONES: UTILIZE EL FORMULARIO DE REGISTRO SEGÚN SEA NECESARIO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN FINANCIERA ESPECIFICA (INGRESOS DEL HOGAR, TALLA DEL HOGAR, DEPENDENTES Y FUENTES DE INGRESOS)

(LEA EN VOZ ALTA): Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de sus fuentes de dinero.

1. ¿Tiene un ingreso mensual? Si No Negado
2. ¿Su fuente de ingresos mensual es confiable? Si No No Se
3. ¿Puede satisfacer sus gastos mensuales de vida? Si No No Se

VII. TRANSPORTACION

(LEA EN VOZ ALTA): Estas siguientes preguntas van a preguntar acerca de cómo llegar a [NOMBRE DE ESTA CLINICA DE VIH]:

1. ¿Cuánto tiempo suele tardar en llegar a [NOMBRE DE ESTA CLINICA DE VIH]?
_____ (*círculo uno: Horas Minutos*)
2. ¿Cómo llega generalmente a [NOMBRE DE ESTA CLINICA DE VIH]? [Marque todos lo que corresponda. No leas las opciones.]
 - Conducir uno mismo
 - Bus o metro
 - Obtener conducido por otra persona
 - Taxi
 - Caminar
 - Otro (*especifique*): _____
3. ¿Es confiable su fuente de transporte? Es decir, sabe que puede usarlo cuando lo necesita.
 - Si
 - No
4. ¿Con qué frecuencia se pierde las citas con el médico porque no tiene transporte?
 - Por lo general o a menudo
 - Algunas veces
 - Raramente

VIII. NECESIDADES LEGALES/FINALES DE VIDA

(LEA EN VOZ ALTA): Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre cualquier necesidad legal que pueda tener. Primero voy a hacer algunas preguntas sobre historial de encarcelamiento en el pasado.

1. ¿Alguna vez has sido encarcelado?

No **Si NO, pase a la Pregunta 2**

Si

Negado **Si SE REUSA, pase a la Pregunta 2**

1a. ¿Estuviste encarcelado en los últimos 6 meses? No Si Se negó a responder

1b. ¿Estuvo en la cárcel? No Si [Si SI, cuando: _____]

1c. ¿Estuvo en prisión? No Si [Si SI, en donde: _____]

1d. ¿Durante cuánto tiempo estuvo encarcelado? (Si es más de una vez, longitud del último encarcelamiento)

Menos de 2 semanas

Mas de 2 semanas, pero menos de un año

1 a 2 años

Mas de 2 años

Se negó a responder

1e. ¿Está actualmente en: Parole Probación

¿Está bien ponerse en contacto con su oficial de libertad condicional/libertad condicional? No Si

Oficial de libertad condicional: _____ Teléfono: (____) _____

(LEA EN VOZ ALTA): Recomendamos que todos, independientemente de su salud, nos hablen de cómo querrían que se manejara su cuidado si no pueden tomar decisiones por sí mismos.

2. ¿Tiene alguno de los siguientes? (LEA EN VOZ ALTA y comprobar todo lo que corresponda)

Poder notarial

Testamento en vida

Testamento

Se negó a responder

Proxy de atención médica

Tutela

Directiva avanzada (formulario DNR/POLST)

No tiene ninguno de estos

Otro: _____

3. ¿Necesita ayuda con alguno de los artículos que acabo de leer? (CHECK TODOS LOS QUE SE APLICAN):

Poder notarial

Testamento en vida

Testamento

Se negó a responder

Proxy de atención médica

Tutela

Directiva avanzada (formulario DNR/POLST)

No tiene ninguno de estos

Otro: _____

4. ¿Quién debe hablar por usted si no puede tomar decisiones de salud?

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

IX. SISTEMA DE APOYO Y RELACIONES

(LEA EN VOZ ALTA): Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de sus relaciones con las personas en su vida.

1. ¿Cuál es su estado actual de relación? ¿Eres (leer opciones)?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltero, nunca casado | <input type="checkbox"/> Divorciado/a |
| <input type="checkbox"/> Viudo/a | <input type="checkbox"/> Casado/a |
| <input type="checkbox"/> Comprometido | <input type="checkbox"/> Con Pareja |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

(LEA EN VOZ ALTA) Ahora les voy a hacer algunas preguntas sobre las personas en su vida que pueden ser útiles para usted.

2. ¿Qué tipos de personas en tu vida que Le dan apoyo como consejos, están ahí para que hable cuando lo necesite, o que le muestren que se preocupan por usted? **(marque todas las que correspondan – lea si es necesario)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigo(s) | <input type="checkbox"/> Padres |
| <input type="checkbox"/> Otro familiar | <input type="checkbox"/> Pareja/Esposo/a |
| <input type="checkbox"/> Compañero de cuarto | <input type="checkbox"/> Miembros de la congregación religiosa |
| <input type="checkbox"/> No tengo a nadie | <input type="checkbox"/> No sé/Se negó a responder |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

3. ¿Qué tipos de personas en su vida que le causan angustia? Esto podría ser actuar enojado o desagradable hacia usted, ser crítico con su estilo de vida o hacerle la vida difícil. **(marque todas las que correspondan – lea si es necesario)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigo(s) | <input type="checkbox"/> Miembros de la congregación religiosa |
| <input type="checkbox"/> Padres | <input type="checkbox"/> No tengo a nadie |
| <input type="checkbox"/> Otro familiar | <input type="checkbox"/> No sé/Se negó a responder |
| <input type="checkbox"/> Pareja/Esposo/a | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Compañero de cuarto | |

4. ¿A cuántas personas ha divulgado su estado del VIH? _____ personas

5. ¿A quién ha divulgado su estado del VIH? **(marque todas las que correspondan – lea en voz alta si es necesario)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigo(s) | <input type="checkbox"/> Miembros de la congregación religiosa |
| <input type="checkbox"/> Padres | <input type="checkbox"/> No tengo a nadie |
| <input type="checkbox"/> Otro familiar | <input type="checkbox"/> No sé/Se negó a responder |
| <input type="checkbox"/> Pareja/Esposo/a | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Compañero de cuarto | |

6. ¿Desea ayuda para contarle a alguien acerca de su estado de VIH?

- No Si No Se

(LEA EN VOZ ALTA): Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de maneras específicas en que las personas en su vida pueden o no apoyarlo. Por favor, dígame con qué frecuencia obtiene diferentes tipos de apoyo indicando nada de tiempo, un poco de tiempo, parte del tiempo o la mayor parte del tiempo. [MOSTRAR TARJETA CON RESPUESTAS]

	Nada de tiempo	Un poco del tiempo	Algunas veces	La mayoría de las veces	Todo el tiempo
7a. ¿Tiene a alguien con quien pueda contar para escucharlo cuando necesita hablar?	1	2	3	4	5
7b. ¿Tiene a alguien que le lleve al médico si lo necesita?	1	2	3	4	5
7c. ¿Tiene a alguien que le dé información que le ayude a entender una situación?	1	2	3	4	5
7d. ¿Tiene a alguien cuyo consejo realmente quiera?	1	2	3	4	5
7e. ¿Tiene a alguien que entienda sus problemas?	1	2	3	4	5
Suma de cada columna para la puntuación de apoyo social (SS)					

VIOLENCIA INTERPERSONAL

(LEA EN VOZ ALTA): Debido a que la violencia es tan común, pregunto a todos mis pacientes sobre sus experiencias con la violencia personal. Antes de preguntarle sobre cualquier experiencia con violencia personal, quiero hacerle saber que no compartiré su información de salud con nadie excepto en dos situaciones. La primera situación es si me habla de hacerse daño a usted mismo o a los demás y la segunda, es si me habla de abuso o negligencia de un niño o adulto dependiente. Estoy obligado a informar de estas situaciones a las autoridades apropiadas, y estas son las dos excepciones a mi mantenimiento de la confidencialidad de su información médica. ¿Tiene alguna pregunta para mí sobre esto?

8. ¿Alguna vez has sido víctima de violencia doméstica? No
- Si – cuando fue el episodio más reciente (mes/año): _____
- Describe: _____
- Rehusó contestar

[CUALQUIER RESPUESTA SI Y en los últimos 3 meses - POSIBLE VIOLENCIA CONTINUA – EL PACIENTE TIENE NECESIDAD SEVERA, DOCUMENTE Y CONSULTE CON SUPERVISOR CLINICO INMEDIATAMENTE]

Bien, ¿puede decirme si las siguientes tres declaraciones son verdaderas o falsas?

9. En el último mes, ¿alguien te ha amenazado con un arma? Si No se negó a responder

10. En el último mes, ¿le han golpeado tanto que tuvo que buscar ayuda médica?

Si No se negó a responder

11. En el último mes, ¿alguien ha actuado como si le gustaría matare?

Si No se negó a responder

12. ¿Con qué frecuencia siente que alguien no tiene respeto por sus sentimientos? ¿Dirías nunca, rara vez, de vez en cuando, a menudo o siempre?

Nunca Rara vez De vez en cuando A menudo Siempre

[CUALQUIER RESPUESTA VERDADERA, OCASIONALMENTE, A MENUDO O SIEMPRE INDICA POSIBLE VIOLENCIA CONTINUA Y EL PACIENTE TIENE UNA NECESIDAD SEVERA, DOCUMENTE Y BUSQUE CONSULTA CON EL SUPERVISOR CLÍNICO INMEDIATAMENTE]

13. ¿Tienes algún dependiente?

No – PASE A Q15 Si – Si SI, complete lo siguiente

13a. ¿Quiénes son los dependientes y cuántos años tienen? (Pregunta para cada columna)

Nombre del Dependiente y Relación	Edad	¿Se hizo la prueba del VIH?	Estado del VIH del dependiente	¿Conoce su estado del VIH?	¿Vive con el paciente?
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	HIV + <input type="checkbox"/> HIV - <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	HIV + <input type="checkbox"/> HIV - <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	HIV + <input type="checkbox"/> HIV - <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	HIV + <input type="checkbox"/> HIV - <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	HIV + <input type="checkbox"/> HIV - <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	HIV + <input type="checkbox"/> HIV - <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

14. ¿Cree que sus dependientes u otros miembros de la familia podrían necesitar servicios relacionados con el VIH u otros problemas?

No

Si Si SI, describa. _____

ESPIRITUALIDAD

15. Cuando tiene problemas o dificultades en Su familia, trabajo o vida personal, ¿alguna vez busca consuelo por medio religioso o espiritual, como orar, meditar, asistir a un servicio religioso o espiritual, o hablar con un asesor religioso o espiritual?

- No
- Si
- se negó a responder

16. ¿Hay algún problema relacionado con sus creencias culturales/espirituales/religiosas que le impidan acceder a servicios médicos o de apoyo al VIH o tomar sus medicamentos para el VIH?

- No
- Si: (describa: _____)

X. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO

(LEA EN VOZ ALTA): Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el sexo y el VIH. Algunas de estas preguntas pueden hacer que algunas personas se sientan incómodas, pero por favor trate de responderlas tan honestamente como pueda no compartiré sus respuestas con nadie.

1. ¿Durante los últimos 6 meses has tenido sexo vaginal o anal con una pareja?	No <input type="checkbox"/> (PASE A Q5) Si <input type="checkbox"/>
2. Durante los últimos 6 meses, ¿con cuántas parejas diferentes has tenido relaciones sexuales vaginales o anales?	_____
3. ¿Con cuántos de esas parejas NO uso un condón?	_____ (si PASE A Q4)
3a. ¿Les pregunto a todos su estado del VIH?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
3b. ¿Le conto a todos su estado del VIH?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
4. ¿Tuvo sexo con alguno de estas _____ (# de Q2) parejas a cambio de cosas como dinero, drogas, comida, refugio o transporte?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>

5. ¿Tiene una pareja sexual primaria (por ejemplo, novia/novio, esposa/esposo, otro importante)?

- Si
- No (**Si NO, pase a Q6**)

5a. ¿Su pareja sexual principal conoce su estado de VIH?

- Si (**Si SI, pase a Q6**)
- No

Si NO, 5a1. ¿Desea ayuda para hablarles sobre su estado del VIH?

- Si
- No
- No Se

Si NO, 5a2. ¿Por qué no les ha revelado su estado del VIH? (marque todas las que correspondan)

- El cliente ya ha informado al socio (Servicios de Partner Services)? (Si No)
- El paciente le dirá al socio sin asistencia/planificación
- Peligro de violencia doméstica/violencia de pareja
- El paciente utilizará INSPOT
- Problemas de abandono de pareja
- La pareja ha fallecido
- Cuestiones de confidencialidad (discriminación, descubierta, etc.)
- Barreras o equipos de inyección limpios utilizados
- El paciente afirma que no es su responsabilidad
- Rechazado/No sé
- Otro (_____)

6. ¿Alguna vez se le ha referido o utilizado los Servicios de Socios (PS)? No → Si no, PASE
 Si → Cuando? _____

6a. ¿Qué opciones de divulgación elegiste en ese momento?

- Auto plan hecho con el cliente # de Parejas: _____
- Dual # de Parejas: _____
- Terceros Anónimos # de Parejas: _____
- ** Otros Socios no referidos # de Parejas: _____

Número total de parejas: _____

7. Sus parejas sexuales anteriores podrían tener un alto riesgo de contraer el VIH o las ETS. ¿Desea ayuda para contarle a alguna de sus parejas sexuales pasadas acerca de su estado del VIH? Podemos ayudarle a hacer esto de forma anónima (sin dar su nombre), si está interesado.

- Si, interesado
- No, no interesado

XI. CONSUMO DE ALCOHOL/DROGAS Y ADICCIÓN

(LEA EN VOZ ALTA): Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre drogas y alcohol. Al igual que en la última sección, algunas de estas preguntas pueden hacer que algunas personas se sientan incómodas, pero por favor trate de responderlas de la forma más honesta posible.

1. ¿Alguna vez has consumido drogas o alcohol?

Si

No **Si NO, Pase a la PROXIMA SECCION**

1a. ¿Alguna vez has usado drogas inyectables?

Si

No

1b. ¿Ha consumido drogas o alcohol en los últimos 6 meses

Si

No **Si NO, Pase a Q25**

1c. ¿Ha usado algún tipo de fármaco/droga inyectable en los últimos 6 meses?

Si

No

INSTRUCCIONES (LEA): Por favor, dígame qué tipos de drogas ha utilizado en los últimos 6 meses (lea cada tipo en voz alta y luego revise las respuestas del paciente a continuación)

Tipo de fármaco/droga	Si	No
2. Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alucinógenos/LSD/PCP/Psychedelics/Mushrooms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Crack/base libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Heroína y cocaína (speedball)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Metadona callejera (sin receta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Otros opiáceos/opio/morfina/Demoral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Metanfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Anfetaminas (otras partes superiores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tranquilizantes / Barbitúricos /Sedativos/ Downers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(LEA EN VOZ ALTA): Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre la forma en que puede haber consumido drogas o alcohol en los últimos 6 meses. Como mencioné antes, algunas de estas preguntas pueden hacer que algunas personas se sientan incómodas, pero por favor trate de responder a ellas lo mejor que pueda (respuesta del paciente circular).

Asesoramiento abuso de sustancias	SI	NO
16. ¿Usó grandes cantidades de drogas o alcohol o las usó durante más tiempo del que planeó o pretendía?	1	0
17. ¿Ha intentado reducir el consumo de drogas o alcohol, pero no ha podido hacerlo?	1	0
18. ¿Paso mucho tiempo tomando drogas o alcohol, usándolos o recuperándose de usarlos?	1	0
19. ¿Le puso tan drogado o enfermo de drogas o alcohol que le impidió trabajar, ir a la escuela o cuidar a los niños o causó un accidente o le puso a usted o a otras personas en peligro?	2	0
20. ¿Pasaste menos tiempo en el trabajo, la escuela o con amigos para poder usar drogas o alcohol?	1	0
21. ¿Su consumo de drogas o alcohol causó problemas emocionales o psicológicos, problemas con la familia, amigos, trabajo o policía, o cualquier salud física o problemas médicos	3	0
22. ¿Aumentó la cantidad de una droga o alcohol que estaba usando para que pudiers obtener los mismos efectos que antes?	1	0
23. ¿Alguna vez ha necesitado usar una droga o alcohol para evitar los síntomas de abstinencia o evitar enfermarse?	1	0
24. ¿Se enfermó o tuvo abstinencias cuando renunció o falló en el consumo de drogas o alcohol?	1	0
SUMA las respuestas "SI" (la puntuación de SA 3 indica un problema grave de drogas/alcohol)		

25. ¿Está actualmente tratando de reducir o detener su consumo de drogas o alcohol?

No

Si

26. ¿Le gustaría obtener ayuda para reducir/detener su consumo de drogas o alcohol?

No

Si

No Se

27. ¿Alguna vez ha estado en un programa de tratamiento para el consumo de drogas o alcohol?

No

Si (cuando (mes/año): _____)

28. ¿Está actualmente en un grupo de apoyo de drogas o alcohol como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos?

No

Si

XII. SALUD MENTAL

(LEA EN VOZ ALTA): Como parte de la evaluación, pregunto a todos los pacientes acerca de su salud mental y cualquier servicio de consejería o salud mental que hayan recibido. Una vez más, no tiene que responder a ninguna pregunta que sienta que son demasiado personales.

1. ¿Alguna vez ha experimentado o sido diagnosticado con una enfermedad mental o emocional o problema que se interrumpió su rutina diaria o las cosas habituales que hace?

- Si
- No → **Pase a Q 2**
- Rehusó contestar

1a. En caso afirmativo, indique enfermedad emocional/problema:

✓		✓	
	Trastorno de ajuste		Trastorno obsesivo compulsivo
	Trastorno de ansiedad		Trastorno de la personalidad paranoica
	Trastorno bipolar		Trastorno psicótico esquizoafectivo
	Trastorno límite de la personalidad		Trastorno psicótico esquizofrénico
	Trastorno alimentario		Otro: (especifique: _____)
	Depresión mayor		

2. ¿Alguna vez ha recibido asesoramiento o terapia de salud mental de un proveedor de salud mental como un psicólogo, un psiquiatra, un trabajador social o un consejero?

- Si
- No → **Pase a Q3**
- Rehusó contestar

2a. ¿Está recibiendo actualmente asesoramiento o terapia de salud mental de un proveedor de salud mental, como un psicólogo, un psiquiatra, un trabajador social o un consejero?

- No
- Si
- Rehusó contestar

3. ¿Alguna vez has sido hospitalizado por una enfermedad mental o emocional?

- No
- Si –SI, cuando (más recién si >1) MES/AÑO): ____/____

2013 ASESORAMIENTO DE COORDINACION DE CUIDADO MEDICO (CCM)

(LEA DE VOZ ALTA): Durante las últimas 2 semanas, por favor dígame cuánto le ha molestado alguno de los siguientes diciendo que no en absoluto, algunos días, más de la mitad de los días o casi todos los días:

Examen de detección de depresión	De nada	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
4. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
5. Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
6. Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
7. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
8. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
9. Sentirse mal por sí mismo, o que es un fracaso o se ha defraudado a si mismo o a su familia	0	1	2	3
10. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
11. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas se habrían dado cuenta. O lo contrario: ser tan inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
12. Pensamientos de que estaría mejor muerto, o de lastimarse a si mismo	0	1	2	3
Examen de ansiedad	De nada	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
13. Sensación de ansiedad nerviosa o al límite	0	1	2	3
14. No ser capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
15. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3
16. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3
17. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	0	1	2	3
18. Se molesta fácilmente o irritable	0	1	2	3
19. Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder	0	1	2	3

SI EL PACIENTE TIENE CUALQUIERA DE LOS PROBLEMAS ANTERIORMENTE (algunos días, más de la mitad de los días, o casi todos los días), entonces PREGUNTE:

20. ¿Cuán difíciles han hecho que estos problemas no le permitan hacer su trabajo, se ocupe de las cosas en casa o se lleve bien con otras personas? ¿Diría que no es difícil en absoluto, algo difícil, muy difícil o extremadamente difícil?

- No es difícil en absoluto Algo difícil
 Muy difícil Extremadamente difícil

21. ¿Está considerando hacerse daño a usted mismo o a otros?

- No
 Rehusó contestar
 Si

- **Si el paciente responde "sí" a Q21, o indica que está en peligro de lastimarse a sí mismo o a otros, busque consulta con el supervisor de la clínica inmediatamente y/o consulte el protocolo de la agencia.**
- **En caso afirmativo, pero sin un plan actual, pida describir estos sentimientos y cómo se detienen de actuar sobre ellos:**

