

¿Fue expuesto al VIH a través de su madre cuando ella estaba embarazada con usted? Sí No

Las siguientes preguntas son un requisito de los organismos que pagan por sus servicios. Favor de ayudarnos a mejorar nuestros reportes al contestar las siguientes preguntas:

Durante los últimos 30 días, he tenido relaciones sexuales con (indique todas las que correspondan):

Hombres	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mujeres	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Persona transgénero de hombre a mujer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Persona transgénero de mujer a hombre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Durante los últimos 30 días, he participado en las siguientes actividades (indique todas las que correspondan):

Sexo sin condón o barrera de látex	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Inyectarse drogas sin receta médica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Inyectarse otras sustancias en un entorno no médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Consumo de alcohol o uso de drogas no inyectadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Intercambiar sexo por dinero, drogas, etc.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Recipiente de sangre, componentes de sangre o tejido	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Algún otro comportamiento o actividad que pueda propagar el VIH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Fuente(s) / cantidad de ingresos mensuales (Marque todas las que le apliquen. Indique la cantidad que recibe mensualmente de cada fuente.)

<input type="checkbox"/> Trabajo	Cant: \$ _____	<input type="checkbox"/> SSDI (Soc. Sec. Disability Ins.)	Cant: \$ _____
<input type="checkbox"/> AFDC	Cant: \$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	Cant: \$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	Cant: \$ _____	<input type="checkbox"/> Compensación al trabajador	Cant: \$ _____
<input type="checkbox"/> SSI (Seguro Social Retiro)	Cant: \$ _____	<input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda	Cant: \$ _____
<input type="checkbox"/> SDI (Incapacidad Estatal.)	Cant: \$ _____	<input type="checkbox"/> CAPI	Cant: \$ _____
<input type="checkbox"/> Cal Works	Cant: \$ _____	<input type="checkbox"/> Estampillas de comer	Cant: \$ _____
<input type="checkbox"/> WIC	Cant: \$ _____	<input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos	Cant: \$ _____
<input type="checkbox"/> Pensión, anualidad	Cant: \$ _____	<input type="checkbox"/> TANF	Cant: \$ _____
<input type="checkbox"/> General Relief (Condado)	Cant: \$ _____	<input type="checkbox"/> Otra (Fuente) _____	Cant: \$ _____

¿Cuántas personas viven en su casa incluyéndose usted mismo? _____

De estos, ¿cuántos son hijos que dependen de usted? _____

Información de vivienda

¿Cuál es su situación de vivienda? (Marque una):

- No estoy sin techo (Tengo una situación de vivienda permanente donde vivo bajo un techo)
- Persona sin techo, vivo afuera (Yo duermo afuera)
- Persona sin techo, vivo en un albergue (Duermo en un albergue o en una vivienda temporal donde se brindan otros servicios)
- Persona sin techo, con otros arreglos de vivienda (Duermo en un auto o me encuentro en una situación temporal bajo techo sin servicios adicionales)
- Persona sin techo, no puedo especificar (Estoy sin techo, pero no deseo dar más detalles)
- Rehúso contestar

En su vivienda actual, usted: ¿Alquila? ¿Es propietario de su casa? Otro _____

¿Ha sido encarcelado? Sí No Rehúso contestar

Si es así, ¿esto fue dentro de los últimos 6 meses? Sí No

¿Tiene usted un historial de abuso de drogas o problemas de dependencia? ___ Sí ___ No ___ Rehúso contestar

Si es así, ¿esto fue dentro de los últimos 12 meses? ___ Sí ___ No

¿Tiene usted antecedentes de afecciones de salud mental? ___ Sí ___ No ___ Rehúso contestar

Si es así, ¿esto fue dentro de los últimos 12 meses? ___ Sí ___ No

Nivel más alto de educación obtenido:

- Octavo grado o menos
- Algo de preparatoria
- Se recibió de la preparatoria / 'GED', por sus siglas en inglés
- Algo de universidad
- Título universitario

Condenas penales anteriores:

- Ninguna
- Sí, delito mayor
- Sí, delito menor
- Sí, de naturaleza desconocida
- Rehúso contestar