



**Departamento de Salud Del Condado Tarrant County – Clinica de Adultos  
Encuesta sobre VIH**

**Por Favor Marque o Llene La Respuesta Correcta**

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

1. ¿En los últimos cinco años se ha inyectado Ud. drogas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. ¿Ha tomado el examen de Hepatitis C? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_  
¿Si lo ha tomado, que fue el resultado? Positivo \_\_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido Ud. relaciones sexuales o ha compartido jeringas con alguien que es VIH positivo?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_
4. ¿Ha tenido Ud. sexo con: Hombres \_\_\_\_\_ Mujeres \_\_\_\_\_ Los dos \_\_\_\_\_ ?
5. ¿Tiene Ud. VIH? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
6. ¿Si respondio No en la pregunta #5, cuándo fue su última examen de VIH?  
Un año \_\_\_\_\_ Dos años \_\_\_\_\_ Tres años \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_