

Título (escoja uno): Dr. Dra. Sr. Sra. Srta. Prof. Profa. Ubicación de clínica (escoja uno): Oficina de Durango Oficina de Pagosa

Nombre: \_\_\_\_\_ 2do Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

¿Qué sexo le asignaron al nacer?

- Femenino  
 Masculino  
 Intersexo

¿Cuál es su identidad de género?:

- Femenina  
 Masculina  
 Hombre Transgénero/dMaH  
 Mujer Transgénero/dHaM  
 Prefiero no compartir  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Usted se considera?

- Bisexual  
 Homosexual  
 Pansexual/polisexual  
 Hetero/Heterosexual  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Prefiero no compartir  
 No Sé

¿Qué pronombre prefiere?:

- El/lo  
 Ella/la  
 Elle/le  
 Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Unidad/Dpto.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

¿Está bien enviar correo a esta dirección? Sí No

Teléfono: \_\_\_\_\_ (casa, móvil, trabajo) ¿Podemos dejar mensajes? Sí No ¿Textos? Sí No

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_ (casa, móvil, trabajo) ¿Podemos dejar mensajes? Sí No ¿Textos? Sí No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Podemos mandar correos electrónico? Sí No

Ingresos mensuales: \_\_\_\_\_ Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Condición laboral:  Empleado  Desempleo  Cuenta propia  Estudiante (Tiempo completo)  
 Estudiante (Tiempo parcial)  Jubilado  Discapacitado

Estado civil:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo  Unión libre  Desconocido

Etnicidad (indique uno o más):

- De origen hispano  
 De origen no hispano

Raza (indique uno o más):

- Indio americano/Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro/Afroamericano  
 Nativo de Hawái/Isleño pacífico  
 Blanco

Idioma(s) de preferencia:

- Inglés  
 Español  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Seguro médico:** Favor de entregar una copia de su tarjeta de seguro a la recepción o mandar lo por correo electrónico a

[clinic@sjbpublichealth.org](mailto:clinic@sjbpublichealth.org). Si no tiene su tarjeta de seguro medica podriamos pedir que usted paga por su propio cuenta o hacer

una cita de nuevo. El unico seguro medica que podemos verificar sin tarjeta es el Colorado Medicaid/Health First Colorado. El

listado de seguro medico que SJBPH acepta incluye:

- Anthem Blue Cross Blue Shield  Cigna  Medicaid/Health First Colorado  UMR  PHIP/PrEP  
 Medicare (vacuna de flu y pneumonia solamente)  Rocky Mountain Health Plans  United Healthcare  
 Other: \_\_\_\_\_  Tengo seguro médico pero no lo quiero usar hoy  No tengo seguro médico/ninguno

Contacto de emergencia/Familiar más cercano

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_



# “Notificación de políticas de privacidad”

SAN JUAN BASIN

**public health**

## Formulario #1A: Confirmación de Recibo

San Juan Basin Health (SJBPH) está comprometida a la protección de su privacidad y a cumplir con sus derechos bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Al firmar este formulario, usted confirma que ha recibido una copia de la “Notificación de Políticas de Privacidad” de San Juan Basin Public Health, documento que explica cómo podemos utilizar y divulgar (compartir) su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), de acuerdo con la HIPAA. Se recomienda que usted lea la Notificación en su totalidad.

### Confirmación de Recibo (favor de escribir con letra de molde)

La presente sirve para confirmar que la persona mencionada a continuación a recibido una copia de la “Notificación de Políticas de Privacidad” de San Juan Basin Public Health.

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código Postal	Correo electrónico:
Teléfono de casa:	Otro/celular:

Firma de cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Si el cliente no firma, favor de indicar su parentesco con el cliente:

- Padre o tutor legal de un cliente menor
- Custodio o representante legal de un cliente incompetente
- Beneficiario o representante personal de un cliente fallecido
- Otro - favor de explicar: \_\_\_\_\_

Nombre de cliente:

\_\_\_\_\_

Dirección:	
Ciudad/Estado/Código postal:	Correo Electrónico:
Teléfono de casa:	Otro/celular:
Parentesco con el cliente:	

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

**Esfuerzo de Buena Fe para Obtener Confirmación**

**Good Faith Effort to Obtain Acknowledgement**

*(Para completarse por el personal del SJBPH si el cliente o su representante personal rehusa firmar este formulario.)*

*(To be completed by SJBPH staff if the client or his/her personal representative declines to sign this form.)*

Describe the good faith efforts made to obtain the individual's acknowledgement and the reason(s) he/she declined to sign the form:

Signature of SJBH Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

## Acuerdo de Responsabilidad Financiera para Pacientes

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Gracias por escoger San Juan Basin Public Health como su proveedor médico. Estamos comprometidos a brindarle cuidado médico de la máxima calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su entendimiento de nuestras políticas financieras para pacientes.

### Responsabilidades Financieras del Paciente:

- El paciente (o tutor legal del paciente, si es menor de edad) tiene la responsabilidad última para pagar los servicios recibidos en SJBPH. El paciente entiende y acepta tener responsabilidad financiera por cualquier y todos los cobros por servicios no pagados por el seguro médico.
- El paciente tiene la obligación de proporcionarnos la información más correcta y actualizada sobre su seguro y tendrá responsabilidad por cualquier cobro incurrido si la información no está verificada y actualizada. El paciente tiene responsabilidad por los copagos, coseguros, deducibles y cualquier procedimiento o tratamiento no cubierto por su póliza de seguro médico.
- El paciente acepta que el pago se debe en el momento de servicio. Aceptamos efectivo, cheque o tarjeta de crédito principal (Visa, MasterCard, Discover)
- El paciente tiene la responsabilidad de saber si el proveedor está contratado y dentro de la red reconocida por su compañía o póliza de seguros. Si el proveedor no está reconocido por la compañía o póliza de seguros, puede haber una negación de reclamos o gastos elevados para el paciente.
- El paciente entiende lo anterior y acepta tener responsabilidad financiera y realizar el pago completo. Es posible que el paciente incurra en y tenga responsabilidad por cobros adicionales a discreción de SJBPH. Estos cobros pueden incluir (pero no se limitan a):
  - Cobro por cheques rechazados
  - Cualquier costo asociado con la recolección de deudas del paciente.

*Con mi firma a continuación, yo autorizo al personal de SJBPH para que se comuniquen conmigo por correo, mensaje de texto, y/o correo electrónico de acuerdo con la información que he proporcionado en mi información de registración del paciente.*

Yo he leído, entiendo, y acepto los términos de este Formulario de la Responsabilidad Financiera del Paciente:

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor:

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal:

\_\_\_\_\_  
Fecha



# CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +       

=Total Score:       

**Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?**

**No ha sido difícil**

**Un poco difícil**

**Muy difícil**

**Extremadamente difícil**





Identificación del paciente	
Fecha de hoy: ___/___/___ Fecha de nacimiento: ___/___/___	
Nombre del paciente: _____ Edad: _____	
Indique medicamentos, alimentos, látex, etc., a los que sea alérgico y las reacciones que le provocan: _____	
<b>Antecedentes nutricionales</b>	
Sí No ¿Le gustaría hacer algún cambio en su dieta? En caso afirmativo, indique cuáles: _____	
Sí No ¿Hace ejercicio físico con regularidad? Describa cuál: _____	
Indique los complementos, productos herbales o para perder peso que consume: _____	
<b>Vacunas (indique las fechas)</b>	
Sí	No
Sarampión, paperas, rubeola (MMR) _____	
Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap) _____	
Hepatitis A _____	
Hepatitis B _____	
Varicela _____	
HPV (virus del papiloma humano) _____	
Influenza (gripe) _____	
<b>Sus antecedentes familiares</b>	
<input type="checkbox"/> Marque aquí si no conoce sus antecedentes familiares.	
¿Sus abuelos, padres o hermanos han sufrido alguno de los siguientes trastornos? En caso afirmativo, aclare quién y a qué edad.	
Sí	No
Coágulos sanguíneos en brazos/piernas/tórax _____	
Problemas de sangrado _____	
Presión arterial alta (hipertensión) _____	
Colesterol/triglicéridos altos _____	
Cáncer de mama/ovario/cuello uterino/colon _____	
Infarto _____	
Derrame cerebral _____	
Diabetes _____	
Defectos congénitos _____	
Consumo abusivo de alcohol o drogas _____	
<b>Sus antecedentes médicos</b>	
¿Sufre o ha sufrido alguno de los siguientes trastornos?	
Sí	No
¿Toma algún medicamento con receta o de venta libre? Indíquelo a continuación: _____	
Sí	No
¿Estuvo en la sala de urgencias u hospitalizado en el último año? Indíquelo a continuación: _____	
Sí	No
Asma	
Sí	No
Cardiopatía o presión arterial alta (hipertensión)	
Sí	No
Infarto o derrame cerebral	
Sí	No
Colesterol/triglicéridos altos	
Sí	No
Migrañas o cefaleas frecuentes. Especifique: _____	
Sí	No
Cambios en la visión o entumecimiento	
Sí	No
Lupus (SLE)	
Sí	No
Cáncer	
Indique el tipo y el año en que fue diagnosticado: _____	
Sí	No
Problemas sanguíneos (anemia drepanocítica, hemofilia, bajo nivel de hierro)	
Sí	No
¿Usted o su(s) pareja(s) alguna vez recibieron transfusión sanguínea, de tejidos u órganos o inseminación artificial?	
Sí	No
Enfermedad inflamatoria intestinal (IBD)	
Sí	No
Enfermedad de la vesícula biliar	
Sí	No
Cirugías Indique a continuación: _____	
Sí	No
Afecciones mamarias	
Sí	No
Mamografía Fecha de la última mamografía: ___/___/___	

<b>Sus antecedentes médicos (cont.)</b>	
Sí	No
Problemas renales o de vejiga	
Sí	No
Enfermedad hepática (hepatitis, mononucleosis, ictericia, cirrosis)	
Sí	No
Diabetes	
Sí	No
Epilepsia o convulsiones	
Sí	No
Depresión u otros problemas de salud mental	
Sí	No
¿Se hizo operación de cambio de sexo?	
<b>Su salud sexual y reproductiva</b>	
¿Alguna vez tuvo alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual?	
Sí	No
Clamidia	
Sí	No
Gonorrea	
Sí	No
Verrugas genitales/virus del papiloma humano (HPV)	
Sí	No
Sífilis	
Sí	No
Herpes	
Sí	No
Tricomoniasis	
Sí	No
Uretritis no gonocócica (UNG)	
Sí	No
¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) alguna vez agujas para inyectarse drogas?	
Sí	No
¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) alguna vez tuvieron relaciones sexuales a cambio de drogas o dinero?	
Sí	No
¿Usa preservativos? (externos o internos)	
En caso afirmativo, indique la frecuencia:	
Nunca A veces Siempre	
Sí	No
¿Alguna vez se hizo una prueba de VIH? ¿Cuándo? _____	
Sí	No
¿Su prueba de VIH dio positivo?	
Sí	No
¿Ha tenido una nueva pareja en los últimos 2 meses?	
Sí	No
¿Cuántas parejas sexuales tuvo? _____	
Sí	No
Sus parejas sexuales son: hombres ___ mujeres ___	
ambos ___ transgénero ___ transexuales ___	
intersexuales ___ no binarios ___ otros ___	
Sí	No
¿Practica sexo vaginal?	
Sí	No
¿Practica sexo oral? Encierre en un círculo todas las que correspondan. Recibe/abajo Da/arriba	
Sí	No
¿Practica sexo anal? Encierre en un círculo todas las que correspondan. Insertivo/arriba Recibe/abajo Ambas	
Sí	No
¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? _____	
Sí	No
¿Alguna de sus parejas masculinas tuvo relaciones sexuales con otros hombres?	
Sí	No
¿Alguna de sus parejas tiene VIH?	
Sí	No
¿Tiene un adulto de confianza con quien hablar de relaciones sanas, sexo y métodos anticonceptivos?	
Sí	No
¿Alguna vez fue obligado a hacer algo sexual que no quería o su pareja se negó a usar preservativo?	
Sí	No
¿Su pareja está de acuerdo con su decisión de quedar o no embarazada y cuándo?	
<i>Responda estas preguntas solo si es hombre, se le asignó el sexo masculino al nacer o cambió de sexo de hombre a mujer (MTF)</i>	
<b>Sus antecedentes urológicos</b>	
Sí	No
¿Tiene alguna secreción anómala en el pene?	
Sí	No
¿Tiene ahora o ha tenido alguna lesión, o bulto en el pene, escroto o los testículos?	
Sí	No
¿Ha sentido dolor al mantener relaciones sexuales? Cuándo: _____	
<b>Sus antecedentes reproductivos</b>	
¿Cuántos hijos tiene? _____	
Sí	No
¿Cree que podría tener (más) hijos en algún momento? ¿Cuándo cree que sería eso? _____	
¿Qué tan importante es para usted evitar el embarazo? _____	
Sí	No
¿Usa algún método anticonceptivo? En caso afirmativo, ¿cuál usa? _____	

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Responda estas preguntas solo si es mujer, se le asignó el sexo femenino al nacer o cambió de sexo de mujer a hombre (FTM)

Sus antecedentes menstruales

Fecha de su último período menstrual (el primer día): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Sí No** ¿Su último período menstrual fue normal?  
**Sí No** ¿Tiene el período todos los meses?  
 Cantidad: poca \_\_\_\_ media \_\_\_\_ abundante \_\_\_\_  
**Sí No** ¿Tiene sangrado entre períodos?  
**Sí No** ¿Tiene dolores menstruales durante los períodos?  
**Sí No** ¿Toma medicamentos para dichos dolores? Qué toma: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período? \_\_\_\_\_

Sus antecedentes de embarazos

¿Cuántas veces estuvo embarazada? \_\_\_\_\_

Indique las fechas de los partos: \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos vivos tiene? \_\_\_\_\_

Indique las fechas de abortos (espontáneos o no): \_\_\_\_\_

Indique las fechas de embarazos extrauterinos: \_\_\_\_\_

- Sí No** ¿En este momento está amamantando?  
**Sí No** ¿Alguno de sus hijos pesó menos de 5 ½ libras al nacer?  
**Sí No** ¿Alguno de sus hijos pesó más de 9 libras al nacer?  
**Sí No** ¿En algunos de sus embarazos tuvo presión arterial alta o diabetes o el bebé nació con defectos congénitos?

Sus antecedentes ginecológicos

¿Cuándo se hizo el último examen de Papanicolau o detección de HPV? \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguno de los siguientes problemas?

- Sí No** ¿Resultado anormal del Pap o del HPV? En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_  
**Sí No** ¿Se realizó alguna colposcopia, biopsia o tratamiento del cuello uterino? En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_  
**Sí No** Problemas de ovarios  
**Sí No** Problemas de útero o fibromas uterinos  
**Sí No** Enfermedad inflamatoria pélvica (PID)  
**Sí No** Dolor u otros problemas al mantener relaciones sexuales  
**Sí No** Infecciones vaginales (a causa de hongos o bacterias)

Sus antecedentes de métodos anticonceptivos

**Sí No** ¿Cree que podría tener (más) hijos en algún momento?

¿Cuándo cree que sería eso? \_\_\_\_\_

¿Qué tan importante es para usted evitar el embarazo? \_\_\_\_\_

- Sí No** ¿En este momento está usando algún método anticonceptivo? En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_  
**Sí No** ¿Ha tenido problemas con alguno de los métodos anticonceptivos utilizados? Especifique: \_\_\_\_\_  
**Sí No** En los últimos 5 días o desde su último período, ¿mantuvo relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos o el método empleado falló (los preservativos son un método anticonceptivo)?

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuán a menudo se sintió mal por alguno de estos problemas?

Sintió poco interés o placer en hacer las cosas

0 1 2 3

Se sintió triste, deprimido o sin esperanza

0 1 2 3

*\*PHQ-2 (If screen is positive, use PHQ-9)*

**Sí No** ¿Alguien le ha pegado, golpeado o herido de alguna forma durante el último año? En caso afirmativo, ¿quién fue? \_\_\_\_\_

**Sí No** ¿Se siente segura en su relación actual?

**Sí No** ¿Hay alguna pareja anterior que la está haciendo sentir insegura ahora?

*\*PVS*

**Sí No** ¿Alguna vez sufrió abuso emocional o físico por parte de una pareja o alguien importante en su vida?

**Sí No** En el último año, ¿alguien la golpeó, abofeteó, pateó o la lastimó de alguna otra manera? En caso afirmativo, ¿quién fue? (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Pareja Expareja Extraño Otro Varios

Cantidad de veces: \_\_\_\_\_

**Sí No** En el último año, ¿alguien la obligó a mantener relaciones sexuales? En caso afirmativo, ¿quién fue? (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Pareja Expareja Extraño Otro Varios

Cantidad de veces: \_\_\_\_\_

**Sí No** ¿Le teme a su pareja o a alguna de las personas nombradas anteriormente?

Responda la siguiente pregunta solo si está embarazada en este momento:

**Sí No** Desde que está embarazada, ¿alguien la abofeteó, pateó o la lastimó de alguna otra manera? En caso afirmativo, ¿quién fue? (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Pareja Expareja Extraño Otro Varios

*\*AAS (Usar AAS-D según corresponda)*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Responda estas preguntas si tiene menos de 22 años.

En los últimos 12 meses,

- |           |           |   |
|-----------|-----------|---|
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿bebió alcohol (más que unos pocos sorbos)?   |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿consumió marihuana o hachís?   |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿usó alguna otra sustancia para drogarse (como drogas ilegales, medicamentos de venta libre y con receta, o algo para aspirar o inhalar)? |

Si respondió que **sí** a alguna de las preguntas anteriores, responda las siguientes:

- |           |           |  |
|-----------|-----------|--|
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Ha viajado en un <b>automóvil</b> conducido por alguien (incluso usted) "drogado" o que haya estado consumiendo alcohol o drogas? |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Consume alcohol o drogas para <b>relajarse</b> , sentirse mejor con usted mismo o encajar en un grupo?                            |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Consume alcohol o drogas cuando está solo o <b>a solas</b> ?  |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Alguna vez se <b>olvida</b> las cosas que hace cuando está consumiendo alcohol o drogas?  |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Sus <b>familiares</b> o <b>amigos</b> alguna vez le dicen que debería disminuir su consumo de drogas o alcohol?                   |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Alguna vez se metió en problemas mientras estaba consumiendo alcohol o drogas?  |

\*CRAFT para adolescentes

Responda estas preguntas si tiene más de 21 años.

En el último año, ¿cuán a menudo consumió lo siguiente?

**Alcohol** (hombres: 5 o más bebidas/día; mujeres: 4 o más bebidas/día).

Nunca    Una o dos veces    Una vez al mes  
Una vez a la semana    A diario o casi a diario

**Tabaco/productos de marihuana**

Nunca    Una o dos veces    Una vez al mes  
Una vez a la semana    A diario o casi a diario

**Medicamentos con receta sin razones médicas**

Nunca    Una o dos veces    Una vez al mes  
Una vez a la semana    A diario o casi a diario

**Drogas ilegales**

Nunca    Una o dos veces    Una vez al mes  
Una vez a la semana    A diario o casi a diario

\*NIDA ASSIST para adultos

### Evaluación de Riesgo de Hepatitis C

- |           |           |  |
|-----------|-----------|--|
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Usted nació entre 1945-1965?  |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Es usted la pareja sexual de una persona VIH positiva?                      |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Alguna vez se ha inyectado drogas?  |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Es la pareja sexual de una persona Hepatitis C positiva?                    |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Fue el recipiente de sangre, productos sanguíneos o tejidos antes del 1992? |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Fue el recipiente de los productos enumerados arriba fuera de EEUU?         |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Alguna vez ha sido encarcelado?   |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Alguna vez ha consumido drogas intranasales?                                |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Es un hombre que tiene sexo con otros hombres?                              |
| <b>Sí</b> | <b>No</b> | ¿Alguna vez ha recibido tatuajes o piercing con equipo no esterilizado?      |

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_