¿Cuál es su identidad de género actual? (Marque una opción)

1. Hombre
2. Mujer
3. Hombre transgénero o cambio de mujer a hombre
4. Mujer transgénero o cambio de hombre a mujer
5. No binario, ni masculino ni femenino exclusivamente
6. Categoría de género adicional u otro
7. Prefiero no revelarlo

¿Cuál es su identidad de género actual? Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué sexo se le asignó al nacer en su certificado de nacimiento original?

1. Hombre
2. Mujer
3. Prefiero no revelarlo

¿Cuál es su identidad en cuanto a la orientación sexual? (Marque una opción)

1. Heterosexual
2. Gay o lesbiana o amantes del mismo género
3. Bisexual o pansexual
4. Otro
5. No lo sé
6. Prefiero no revelarlo

**1.** Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿ha tenido:

1. Alguna secreción o mucosidad de cualquier color saliendo por su pene?
* No
* Sí
* No aplica
1. Alguna secreción o mucosidad de cualquier color saliendo por su vagina?
* No
* Sí
* No aplica
1. Alguna secreción o mucosidad de cualquier color saliendo por su recto, ano o trasero?
* No
* Sí
1. Ardor o dolor al orinar o hacer pis?
	* No
	* Sí
2. Sarpullido en cualquier parte del cuerpo?
	* No
	* Sí
3. Una "llaga", afta o úlcera, aunque no fuera dolorosa, en el pene?
* No
* Sí
* No aplica
1. Una "llaga", afta o úlcera, aunque no fuera dolorosa, fuera o dentro de la vagina?
* No
* Sí
* No aplica
1. Una "llaga", afta o úlcera, aunque no fuera dolorosa, en la boca?
* No
* Sí
1. Dolor de garganta?
* No
* Sí
1. Ganglios linfáticos, "glándulas" o bultos inflamados y dolorosos en el cuello?
* No
* Sí
1. Ganglios linfáticos, "glándulas" o bultos inflamados y dolorosos en la ingle?
* No
* Sí

**2.** Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿ha tenido alguna relación sexual, incluyendo sexo oral, vaginal o anal?

* No (Si la respuesta es “no”, pase a la pregunta 16)
* Sí

**3.** Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿ha tenido relaciones sexuales con alguien con pene?

* No
* Sí

**4.** ¿Con cuántas personas diferentes tuvo relaciones? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.** ¿Alguna de estas personas era una pareja sexual **nueva** desde su última visita al proveedor de atención médica?

* No
* Sí
1. Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿ha tenido relaciones sexuales con alguien con vagina?
* No
* Sí
1. ¿Con cuántas personas diferentes tuvo relaciones? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Alguna de estas personas era una pareja sexual **nueva** desde su última visita al proveedor de atención médica?
* No
* Sí
1. Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿ha tenido sexo oral o bucal?
* No
* Sí
1. Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿qué tipos de sexo oral o bucal ha tenido? (Marque todas las opciones que correspondan)
* La boca de su pareja en el pene o la vagina de usted
* La boca de su pareja en el ano o el trasero de usted
* La boca de usted en el pene o la vagina de su pareja
* La boca de usted en el ano o el trasero de su pareja
1. Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿ha tenido alguna vez sexo vaginal, es decir, alguien le ha introducido su pene en la vagina o usted ha introducido su pene en la vagina de alguien?
* No
* Sí
1. Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿ha tenido sexo por el ano o trasero?
* No
* Sí
1. Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿qué tipo de sexo anal ha tenido? (Marque todas las opciones que correspondan)
* Inserción anal, es decir, usted introdujo su pene en el recto o trasero de su pareja
* Recepción anal, es decir, su pareja le introdujo su pene en el recto o trasero de usted
1. Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿ha consumido alcohol **antes** de tener relaciones sexuales?
* No
* Sí
1. Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿ha consumido marihuana, o algún otro tipo de drogas, **antes** de tener relaciones sexuales?
* No
* Sí
1. Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿ha recibido o dado dinero, vivienda o alimentos a cambio de tener relaciones sexuales?
* No
* Sí
1. Desde su última visita al proveedor de atención médica, ¿de cuántas parejas sexuales diferentes recibió, o a cuántas les dio, dinero, vivienda o alimentos para tener relaciones sexuales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Desde su última visita al médico, ¿su pareja o parejas actuales o pasadas han sido diagnosticadas o tratadas de una infección de transmisión sexual?
* No
* Sí
* No estoy seguro(a)

**19.** ¿Cuál fue la infección y el tratamiento? (Marque todas las opciones que correspondan)

* Mi pareja recibió una inyección y tomó pastillas contra la gonorrea
* Mi pareja tomó pastillas solo contra la clamidia
* Mi pareja recibió una (o más) inyección(es) contra la sífilis una sola vez
* Mi pareja recibió una (o más) inyecciones contra la sífilis una vez a la semana durante 3 semanas
* Mi pareja tomó pastillas para otra infección
* No sé cuál fue la infección o el tratamiento

**20.** Si solo tiene una pareja sexual, ¿esta pareja tiene relaciones sexuales con otras personas además de usted?

* No
* Sí
* No estoy seguro(a)
* No aplica

**21.** Desde la última vez que fue a la clínica, ¿ha utilizado condón masculino?

* No
* Sí

**22.** ¿Para qué tipo de relación sexual usó condón masculino? (Marque todas las opciones que correspondan)

* Sexo oral o bucal
* Sexo vaginal
* Sexo anal o por el trasero
* No aplica

**23.** Desde la última que fue a la clínica, ¿ha usado condón femenino?

* No
* Sí

**24.** ¿Para qué tipo de relación sexual usó condón femenino? (Marque todas las opciones que correspondan)

* Sexo oral o bucal
* Sexo vaginal
* Sexo anal o por el trasero
* No aplica

**25.** Desde la última vez que fue a la clínica, ¿ha usado una barrera bucal de látex?

* No
* Sí

**\*26.** ¿Alguno de los siguientes puntos aplica en su caso desde su última visita a la clínica? (Marque todas las opciones que correspondan)

* Mantengo una carga viral de VIH indetectable con terapia antirretroviral para evitar que mi(s) pareja(s) contraiga(n) el VIH
* Mi pareja usa profilaxis preexposición (PrEP)
* Mi pareja utiliza profilaxis posexposición (PEP) cuando es necesario
* Ninguno de estos

***\*La pregunta 26 es solo para pacientes con VIH***

**\*\*27.** Desde su última visita a la clínica, ¿ha usado alguna de las siguientes medidas para prevenir infectarse con VIH? (Marque todas las opciones que correspondan)

* uso PrEP y lo tomo todos los días (píldora PrEP) o me di una inyección en los 2 últimos meses (PrEP inyectable)
* uso PrEP pero no lo tomo todos los días (píldora PrEP) o no me di una inyección en los 2 últimos meses (PrEP inyectable)
* He usado PEP
* He tenido sexo sin condones con una pareja con VIH, pero esta persona tiene una carga viral indetectable.
* Ninguna de estas opciones

***\*\**** ***La pregunta 27 es solamente para pacientes sin VIH pero con riesgo de infectarse con VIH***

**28.** Si necesitara una prueba para la gonorrea y la clamidia en la garganta, ¿cuál preferiría?

* Preferiría tomarme yo mismo(a) la muestra de la garganta después de que me explicaran cómo hacerlo
* Preferiría que un miembro del equipo de atención médica me tomara una muestra de la garganta

**29.** Si necesitara hacerse una prueba de gonorrea y clamidia en el pene o la vagina, ¿cuál preferiría?

* Preferiría tomarme yo mismo(a) la muestra después de que me explicaran cómo hacerlo
* Preferiría orinar o hacer pis en un vaso
* Preferiría que un miembro del equipo de atención médica me tomara la muestra

**30.** Si necesitara una prueba para la gonorrea y la clamidia en el recto o el trasero, ¿cuál preferiría?

* Preferiría tomarme yo mismo(a) la muestra después de que me explicaran cómo hacerlo
* Preferiría que un miembro del equipo de salud me tomara la muestra