

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE FAIRFAX COUNTY
HISTORIAL DE SALUD SEXUAL**

Instrucciones: Este formulario es para ayudarnos a identificar las opciones de análisis adecuadas para usted. Complete este formulario (solo/a) y devuélvalo en el mostrador de entrada. La enfermera conversará con usted sobre este formulario y le hará preguntas de seguimiento durante su consulta.

INFORMACIÓN BÁSICA					
1. Nombre preferido: Click or Tap here					
2. Sexo de nacimiento _____					
3. ¿Con qué género se identifica?					
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F a M) <input type="checkbox"/> Otros: _____					
Pronombres preferidos:					
<input type="checkbox"/> Él/él/su <input type="checkbox"/> Ella/ella/su <input type="checkbox"/> Ellos/ellos/su <input type="checkbox"/> Otros: _____					
4. ¿Qué lo trae a la clínica hoy? (marque todas las opciones que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Chequeo/análisis único (SIN SÍNTOMAS)					
<input type="checkbox"/> Tengo síntomas que me molestan: Describa sus síntomas:					
En el cuerpo	NO	SÍ	En el cuerpo	NO	SÍ
SECRECIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SARPULLIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PICAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LESIÓN/PROTUBERANCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			MICCIÓN DOLOROSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Quién le indicó venir a la clínica hoy?: _____					
<input type="checkbox"/> Mi pareja me lo indicó, él/ella tiene una infección de transmisión sexual					
Especifique qué Infección de transmisión sexual (ITS): _____					
<input type="checkbox"/> Consulta de seguimiento o tratamiento					
<input type="checkbox"/> Otra razón: _____					
5. Enumere las preguntas específicas que tenga para el proveedor hoy:					

6. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo sexo (vaginal, anal u oral)? fecha: ____/____/____					
7. ¿Su compañero/a sexual actual está con usted hoy para realizar su propia consulta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
En caso de que sí, número de clínica asignada al compañero/a: _____					
8. ¿Usted o su compañero/a actualmente usan algún método anticonceptivo?					
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé					
En caso de que sí, ¿qué método está usando? _____					
En caso de que no, ¿desearía recibir información acerca de las opciones de anticonceptivos?					
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

VISIT DATE: CLINIC USE ONLY
--

LABEL Client's Name: _____ Client's PIN: _____ Date of Birth: _____

Instrucciones: Este formulario es para ayudarnos a identificar las opciones de análisis adecuadas para usted. Complete este formulario (solo/a) y devuélvalo en el mostrador de entrada. La enfermera conversará con usted sobre este formulario y le hará preguntas de seguimiento durante su consulta.

HISTORIAL DE SALUD SEXUAL - CONTINUACIÓN			
MUJERES ÚNICAMENTE (preguntas 9 – 11)			
9. ¿Cuándo fue su último período menstrual?	<input type="checkbox"/> No sé	Fecha en que comenzó el último período: ___/___/___	
9b. ¿Fue una menstruación normal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
9c. ¿Actualmente está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
9d. ¿Necesita realizarse un análisis de embarazo hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
10. ¿Su pareja le impide usar un método anticonceptivo cuando usted desea usarlo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Ha tenido una histerectomía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
12. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido... en el último mes: _____ en los últimos 3 meses: _____ en el último año: _____			
13. Compañeros sexuales: <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Ambos			
14. ¿Qué tipos de sexo ha practicado en el último año? (marque todas las opciones que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Mi boca en de mi compañero/a	<input type="checkbox"/> la vagina	<input type="checkbox"/> el pene	<input type="checkbox"/> el ano
			<input type="checkbox"/> Con protección: (marque uno)
			<input type="checkbox"/> Nunca
			<input type="checkbox"/> A veces
			<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> La boca de mi compañero/a en mi	<input type="checkbox"/> vagina	<input type="checkbox"/> pene	<input type="checkbox"/> ano
			<input type="checkbox"/> Con protección: (marque uno)
			<input type="checkbox"/> Nunca
			<input type="checkbox"/> A veces
			<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> Mi vagina en de mi compañero/a	<input type="checkbox"/> la vagina	<input type="checkbox"/> el pene	<input type="checkbox"/> otros _____
			<input type="checkbox"/> Con protección: (marque uno)
			<input type="checkbox"/> Nunca
			<input type="checkbox"/> A veces
			<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> Mi pene en/sobre de mi compañero/a	<input type="checkbox"/> la vagina	<input type="checkbox"/> el pene	<input type="checkbox"/> el ano
			<input type="checkbox"/> Con protección: (marque uno)
			<input type="checkbox"/> Nunca
			<input type="checkbox"/> A veces
			<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> El pene de mi compañero en/sobre mi	<input type="checkbox"/> vagina	<input type="checkbox"/> pene	<input type="checkbox"/> ano
			<input type="checkbox"/> Con protección: (marque uno)
			<input type="checkbox"/> Nunca
			<input type="checkbox"/> A veces
			<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> Compartí juguetes sexuales con mi compañero/a	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
15. ¿Con qué frecuencia usa condones?			
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Otra _____

VISIT DATE:
CLINIC USE ONLY

Client's Name: _____
Client's PIN: _____
Date of Birth: _____

Instrucciones: Este formulario es para ayudarnos a identificar las opciones de análisis adecuadas para usted. Complete este formulario (solo/a) y devuélvalo en el mostrador de entrada. La enfermera conversará con usted sobre este formulario y le hará preguntas de seguimiento durante su consulta.

HISTORIAL DE SALUD SEXUAL - CONTINUACIÓN					
Responda las siguientes preguntas:	En el último año	En su vida	Nunca	No sé	
16. ¿Ha tenido sexo con alguien que tiene VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. ¿Ha tenido sexo con extraños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. ¿Se ha vacunado contra el virus del papiloma humano (VPH), el virus que causa cáncer de cuello de útero y verrugas genitales?					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pero desearía hacerlo <input type="checkbox"/> No, no me interesa <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a					
19. ¿Le interesa recibir medicamentos para prevenir el VIH (PrEP: profilaxis previa a la exposición)?					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a					
Responda las siguientes preguntas:	Con frecuencia	Con bastante frecuencia	A veces	Raras veces	Nunca
20. ¿Con qué frecuencia su compañero/a lo/la lastima físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Con qué frecuencia su compañero/a lo/la insulta o menosprecia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Con qué frecuencia su compañero/a lo/la amenaza con causarle daños físicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Con qué frecuencia su compañero/a le grita o lo/la maldice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Ha tenido sexo o actos sexuales no deseados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
25. ¿Su pareja previene el uso del condón cuando usted quiere que se use un condón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
HISTORIAL DE SALUD GENERAL					
26. Verifique a continuación si usted o alguno de sus familiares tienen (o han tenido):					
	Usted	Familiar		Usted	Familiar
Problemas/ soplos cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis o enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones/ epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

VISIT DATE:
CLINIC USE ONLY

_____ Fecha: _____
 Firma de la persona que completa este formulario

LABEL
Client's Name: _____
Client's PIN: _____
Date of Birth: _____

HISTORIAL DE SALUD SEXUAL

INSTRUCCIONES

PROPÓSITO: Se usa para documentar la información del cliente durante las consultas clínicas de ETS. El nuevo formulario es completado por los clientes para cada consulta clínica. Las únicas excepciones son los clientes que vuelven para el tratamiento de verrugas y/o la 2^{da} y 3^{ra} inyección o tratamiento contra la sífilis. Se debe usar la hoja de Continuidad del Tratamiento de Verrugas (FHD-CL-S-7) para las visitas de seguimiento.

1. El cliente completa toda la sección del formulario en la sala de espera, antes de ser entrevistado por el personal.
2. El personal revisa el formulario con el cliente, agrega notas en la sección 'Clinic Use Only' (Para Uso Clínico Únicamente) de la columna de la derecha, según corresponda.
3. Preguntas de revisión sobre violencia del Compañero/a Íntimo/a (IPV) e intervención:
 - **Para las preguntas sobre GOLPES de la 20 a la 23:** Cada pregunta se responde en una escala de 5 puntos:
 - 1 = nunca, 2 = en raras ocasiones, 3 = a veces, 4 = con bastante frecuencia, 5 = frecuentemente
 - Puntuación de GOLPES=
 - < 10 para mujeres/< 11 para hombres = Sin intervención (sin riesgo demostrado; no = 1 de cada 4 elementos)
 - 10+ para mujeres/11+ para hombres = Positivo: Breve Intervención (BI) – BI + entregar folleto del Centro para Acciones de Violencia Doméstica; evaluar la necesidad de una Derivación para Tratamiento – 'RT' mediante el uso de técnicas de MI.

Nota: se recurrirá al criterio de la enfermera o del enfermero para intervenir en caso que se considere conveniente, incluso si la 'puntuación' no indica la necesidad de hacerlo. Ejemplo: si un cliente no tiene una puntuación que indique un resultado positivo del análisis, pero la información obtenida durante la entrevista es motivo de inquietud, se pueden realizar intervenciones.

- **Para preguntas de IPV de 10, 24 y 25**
 - Una respuesta positiva (Sí) a alguna de estas 3 preguntas = Análisis positivo: Breve Intervención – BI + entregar folleto del Centro para Acciones de Violencia Doméstica; evaluar la necesidad de una Derivación para Tratamiento – 'RT'.

24. ¿Ha tenido sexo o actos sexuales no deseados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
25. ¿Su compañero/a o alguien más decide si usará un condón o no?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
MUJERES ÚNICAMENTE		
10. ¿Su compañero o alguien más controla su opción de quedar embarazada o usar un método anticonceptivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

- Breve intervención mediante el uso de habilidades de una entrevista motivacional.
- Si lo indica y el cliente lo acepta, se realiza una derivación (el personal hace la presentación ante el Prestador de Salud Conductual o realiza una llamada telefónica al Centro para Acciones de Violencia Doméstica (DVAC) [ver abajo] y simplifica el proceso de derivación del cliente actual)
 - Centro para Acciones de Violencia Doméstica (DVAC) 703-246-4573 o después de hora, Línea Directa para Violencia Sexual y Doméstica durante las 24 horas: 703-360-7273.

Nota: se recurrirá al criterio de la enfermera o del enfermero para intervenir en caso que se considere conveniente, incluso si la 'puntuación' no indica la necesidad de hacerlo. Ejemplo: si un cliente no brinda respuestas positivas a preguntas, pero la información obtenida durante la entrevista es motivo de inquietud, se pueden realizar intervenciones

- Recursos:
 - Memorando de procedimiento de Análisis de riesgos de salud mental y de la conducta, intervención y remisión para tratamiento y recursos
 - Integración sobre Salud Conductual en la información sobre Capacitación Clínica de ITS 9.2018
 - Folleto de DVAC
 - Sitios web de [CSB](#) y de [Oficina para las mujeres y de servicios contra la violencia doméstica y sexual \(OFWDSVS\)](#)