**Unidad de Atención a la Salud**

**Detección y consejería VIH / Sífilis /Hepatitis C**

1. **Datos sociodemográficos**

|  |  |
| --- | --- |
| Sexo: | Edad: |
| Originario de: | Estado civil: |
| Escolaridad: | |

1. **Riesgo no ocupacional**

¿Se ha realizado perforaciones? NO ( ) SÍ ( )

¿Se ha realizado tatuajes? NO ( ) SÍ ( )

1. **Consumo de sustancias adictivas**

¿Usted consume o ha consumido algunas de las siguientes sustancias durante sus relaciones sexuales?

|  |  |
| --- | --- |
| Alcohol: NO ( ) SÍ ( ) | Frecuencia: |
| Drogas: NO ( ) SÍ ( ) | ¿Cuál? |

¿Has utilizado agujas y/o jeringas usadas por otras personas? NO ( ) SÍ ( )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Última fecha de uso: | Mes: | Año: |

1. **Prácticas sexuales**

¿Ha tenido relaciones sexuales? NO ( ) SÍ ( ) Edad de inicio:

Sus relaciones sexuales han sido con: Hombres ( ) Mujeres ( ) Mujeres y Hombres ( ) Otros:

Tipo de práctica: Vaginal ( ) Anal ( ) Sexo oral ( ) Otras ( )

Número de contactos sexuales sin protección en los últimos 6 meses:

¿Frecuencia del uso de condón? ¿Desde cuándo?

¿Ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero? NO ( ) SÍ ( )

¿Desde cuándo? ¿Hasta cuándo?

Frecuencia del uso de condón en estos contactos: %

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ha tenido relaciones sexuales con personas** | **NO** | **SÍ** | **N°. de veces** | **Última fecha:**  **Mes / Año** | **Uso de condón:**  **NO / SÍ** |
| Con VIH / SIDA |  |  |  |  |  |
| Bisexuales |  |  |  |  |  |
| Usuarias de drogas inyectables |  |  |  |  |  |
| Dedicadas al sexo comercial |  |  |  |  |  |
| Desconocidas |  |  |  |  |  |

Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ha presentado en el último año** | **NO** | **SÍ** |
| Dolor en vientre bajo |  |  |
| Flujo vaginal |  |  |
| Secreciones uretrales |  |  |
| Úlceras genitales |  |  |
| Ardor y comezón en genitales |  |  |

1. **Antecedentes gineco-obstétricos**

¿Está lactando actualmente a su bebé? NO ( ) SÍ ( )

¿Está embarazada? NO ( ) SÍ ( )

1. **Detecciones**

¿Le han realizado antes la prueba de VIH? NO ( ) SÍ ( )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Lugar** | **Resultado** |
|  |  |  |

¿Recibió consejería? NO ( ) SÍ ( )

1. **Resultado de la prueba de detección**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lugar:** | | | |
| **Fecha:** | | | |
| **Folio o número de registro:** | | | |
| **Prueba** | **No Reactiva** | **Reactiva** | **Resultado 2° detección** |
| **VIH** |  |  |  |
| **Sífilis** |  |  |  |
| **Hepatitis C** |  |  |  |
| **Nombre y firma del personal de consejería** | | | |

Adaptado de: Clínica Condesa, Ciudad de México