



**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 _____