

## Formulario de visita

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la mejor forma de contactarte para dar resultados? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el primer día de tu último periodo? \_\_\_\_\_

¿Estás en tu periodo en este momento?  Sí  No

¿Tienes a un adulto con quien puedas hablar sobre tu visita de hoy?  Sí  No

¿Alguna vez has tenido una prueba del VIH?  Sí, Fecha: \_\_\_\_\_  No

Razón por tu visita de hoy: \_\_\_\_\_

Desde tu última visita.....

1. ¿Estas usando un nuevo medicamento, vitaminas, suplementos, hierbas curativas, píldoras de dieta, etc.? \_\_\_\_\_
2. ¿Has usado drogas?  Sí  No
3. ¿Te has sentido/a triste, desanimado/a etc.?  Sí  No
4. ¿Has sido presionado/a a tener relaciones sexuales?  Sí  No
5. ¿Has sido golpeado/a, maltratado/a, o lastimado/a físicamente?  Sí  No
6. ¿Has sido abusado/a verbalmente por alguien?  Sí  No
7. ¿Has tenido sexo (anal, oral o vaginal)?  Sí  No
8. ¿Si has tenido sexo, que tipo has tenido? (oral, vaginal, o anal) \_\_\_\_\_

***Si no, por favor no conteste las siguientes preguntas.***

9. ¿Cuántas parejas has tenido desde tu última visita? \_\_\_\_\_
10. ¿Has tenido relaciones sexuales con hombres, mujeres, o los dos? \_\_\_\_\_
11. ¿Tu o tu pareja han usado algún tipo de método anticonceptivo?  
 Condones de hombre/ mujer  Pastilla  Inyección  Parche  Anillo  Otro \_\_\_\_\_
12. ¿Qué tan seguido usas condones cuando tienes relaciones sexuales?  
 Siempre  A veces  Casi nunca  Nunca
13. ¿Crees que tu pareja está teniendo relaciones sexuales con otra persona?  Sí  No
14. ¿Tu o tu pareja han tenido alguno de los siguientes?  
 Chlamydia  Tricomoniasis  Vaginosis bacteriana (VB)  
 Gonorrea  Sífilis  Herpes genital (HSV)  
 Verrugas Genitales  Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)  Otro \_\_\_\_\_

***Después de llenar esta forma, por favor entrégasela a la recepcionista.***

¿Cómo escuchaste de esta clínica?

Amigo/a  Presentación escolar  Evento  Otro \_\_\_\_\_