

**Iniciativa para desarrollar las capacidades del personal
Encuesta para pacientes**

Por favor, conteste la siguiente encuesta. ¡Gracias!

Fecha de la encuesta con el paciente: ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

1. ¿Cuál es su género? (Escoja una respuesta)

- Hombre
- Mujer
- Transgénero: Masculino a femenino
- Transgénero: Femenino a masculino

2. ¿Cuál fue su sexo al nacer?

- Masculino (niño)
- Femenino (niña)

3. ¿Cuántos años tiene usted?

4. ¿Nació usted en los Estados Unidos?

- Sí
- No
- No sé

Si NO,

5. Si no nació en EE.UU., ¿en qué país nació?

6. ¿En qué idioma prefiere hablar? (Escoja una respuesta)

- Inglés
- Español
- Otro

Si la respuesta es “Otro”, por favor especifique.

7. ¿En qué idioma prefiere recibir información por escrito que le dé un doctor, enfermera u otro proveedor de salud? (Escoja una respuesta)

- Inglés
- Español
- Otro
- Prefiero que los proveedores de salud no me den ninguna información por escrito

Si la respuesta es “Otro”, por favor especifique.

8. ¿Cuál es su grupo étnico? (Escoja una respuesta)

- No hispano
- Hispano / Latino

9. ¿De qué raza es usted? (Marque todas las respuestas que correspondan)

- Blanco
- Negro o afroamericano
- Asiático
- Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico
- Indígena americano o nativo de Alaska
- Otro

10. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que usted terminó? (Escoja una respuesta)

- Menos de secundaria/preparatoria (*high school*)
- Diploma de secundaria/preparatoria (*high school*) o GED (examen de equivalencia)
- Algunos estudios universitarios
- Título universitario de 2 años (*Associates Degree*)
- Título universitario de 4 años (*Bachelors Degree*)
- Título de Maestría
- Doctorado
- Título profesional (médico, abogado)

11. ¿Cuál es su orientación sexual? (Escoja una respuesta)

- Heterosexual / *Straight*
- Bisexual
- Homosexual/ Lesbiana / Gay
- Otro

12. ¿Cuántas personas, incluyendo a usted mismo, viven en su casa?

___ (Si 1 persona vive en su casa, pase ahora a la pregunta 13a.; si son 2 personas, pase a la pregunta 13b.; si son 3 personas, pase a la pregunta 13c.; si son 4 personas, pase a la pregunta 13d.; si son 5 personas, pase a la pregunta 13e.; si son 6 personas o más, pase a la pregunta 13f)

13a. ¿Cuánto ganó usted el año pasado? (Escoja una respuesta)

- \$0 (Ningún ingreso individual)
- Entre \$1 y \$11,669
- Entre \$11,670 y \$16,242
- Entre \$16,243 y \$29,175
- Entre \$29,176 y \$46,680
- Más de \$46,680

13b. ¿Cuánto ganaron ustedes el año pasado? (Escoja una respuesta)

- \$0 (Ninguno tuvo ingresos)
- Entre \$1 y \$15,729
- Entre \$15,730 y \$21,982
- Entre \$21,983 y \$39,325
- Entre \$39,326 y \$62,920
- Más de \$62,920

13c. ¿Cuánto ganaron ustedes el año pasado? (Escoja una respuesta)

- \$0 (Ninguno tuvo ingresos)
- Entre \$1 y \$19,789
- Entre \$19,790 y \$27,723
- Entre \$27,724 y \$49,475
- Entre \$49,476 y \$79,160
- Más de \$79,160

13d. ¿Cuánto ganaron ustedes el año pasado? (Escoja una respuesta)

- \$0 (Ninguno tuvo ingresos)
- Entre \$1 y \$23,849
- Entre \$23,850 y \$33,464
- Entre \$33,465 y \$59,625
- Entre \$59,626 y \$95,400
- Más de \$95,400

13e. ¿Cuánto ganaron ustedes el año pasado? (Escoja una respuesta)

- \$0 (Ninguno tuvo ingresos)
- Entre \$1 y \$27,909
- Entre \$27,910 y \$39,205
- Entre \$39,206 y \$69,775
- Entre \$69,776 y \$111,640
- Más de \$111,640

13f. ¿Cuánto ganaron ustedes el año pasado? (Escoja una respuesta)

- \$0 (Ninguno tuvo ingresos)
- Entre \$1 y \$31,969
- Entre \$31,970 y \$44,496
- Entre \$44,497 y \$79,925
- Entre \$79,926 y \$127,880
- Más de \$127,880

14. ¿En qué CÓDIGO POSTAL ha vivido usted principalmente durante los últimos 12 meses?

- — — — —
 No sé

15. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha encontrado usted sin techo o con vivienda temporal o inestable? Esto puede incluir hospedarse en casa de otras personas, aunque fuera una sola noche, si no tenía otro lugar en donde dormir.

- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

16. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha comido usted menos de lo que creía que necesitaba comer porque le ha hecho falta el dinero suficiente para comprar alimentos?

- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

17. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún seguro médico o cobertura de salud? Esto incluye Medicaid y Medicare.

- Sí
- No
- No sé

18. Durante los últimos 12 meses, ¿qué seguros médicos o tipos de cobertura médica ha tenido? Marque todos los seguros que haya tenido en los últimos 12 meses.

	No ⁽⁰⁾	Sí ⁽¹⁾	Prefiero no contestar ⁽⁷⁾	No sé ⁽⁸⁾
a. Seguro médico privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ryan White	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ADAP (Programa Ryan White)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tricare o CHAMPUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Veterans Administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Algún seguro proporcionado por el gobierno de su ciudad, condado, estado u otra entidad pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Otro seguro. Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha tenido otro tipo de seguro, por favor especifique.

Si usted contestó SÍ a la pregunta 18.a (Seguro medico privado),

19. ¿Quién pagó el costo de su seguro médico privado?

- Yo mismo
- Mi empleador/trabajo
- El empleador/trabajo de otra persona
- Una agencia gubernamental [Ley de Cuidado de Salud Asequible/Affordable Care Act (ACA o Obama Care), Covered California, Medicaid/Medi-Cal, Medicare]

20. Durante los últimos 12 meses, ¿ha habido algún cambio en su seguro médico?

- Sí
- No
- No sé

Si la respuesta es SÍ,

21. Como resultado de este cambio, ¿pasó usted un tiempo sin poder recibir servicios médicos o medicamentos?

- Sí
- No
- No sé

B. PROBLEMAS DE SALUD

Las siguientes preguntas tratan sobre el VIH y otros problema de salud.

22. ¿En qué mes y año le diagnosticaron el VIH por primera vez?

___ / ___ mm / aaaa

- No sé

23. Marque las categorías que mejor describan lo que pudiera haberle puesto en riesgo de contraer el VIH: (Marque todas las respuestas que correspondan)

- Soy un hombre que ha tenido relaciones sexuales con hombres
- Soy usuario de drogas inyectables
- Tengo hemofilia/un trastorno de coagulación
- He tenido relaciones sexuales con una persona del sexo opuesto (contacto heterosexual)
- He tenido relaciones sexuales con una persona que se inyecta drogas
- He recibido transfusiones de sangre, componentes de sangre o tejido
- Otro
- No sé

Si la respuesta es “Otro”, por favor especifique.

24. ¿En qué mes y año lo atendió por primera vez un médico, una enfermera especialista (NP) o asociado médico (PA) para su infección de VIH?

___ / ___ mm / aaaa

- No sé

25. ¿Cuál fue el recuento de células CD4 más bajo que haya tenido usted (células/ mm cúbico)? (Escoja una respuesta)

- Menos de 200
- Entre 200 y 349
- Entre 350 y 499
- 500 o más
- Nunca me han hecho la prueba
- No sé
- Prefiero no contestar

26. ¿Alguna vez ha tenido una infección o un cáncer relacionado con el VIH/SIDA, como la tuberculosis o el sarcoma de Kaposi?

- No
- Sí
- No sé
- Prefiero no contestar

Si la respuesta es SÍ,

27. ¿En qué mes y año le diagnosticaron por primera vez una infección o un cáncer relacionado con el VIH/SIDA, como la tuberculosis o el sarcoma de Kaposi?

___ / ___ (mm / aaaa)

- No sé

28. ¿Alguna vez le han diagnosticado (dicho que usted tenía) SIDA?

- Sí
- No
- No sé

Si la respuesta es SÍ

29. ¿En qué mes y año le diagnosticaron el SIDA por primera vez?

___ / ___ mm / aaaa

- No sé

30. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones de salud mental? (Marque todas las respuestas que correspondan):

- Depresión
- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar
- Trastorno de pánico
- Autismo
- Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD en inglés)
- Trastorno de estrés postraumático (PTSD en inglés)
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno por hiperactividad con déficit de atención (ADHD en inglés)
- Anorexia
- Bulimia
- Otro
- Nunca me han diagnosticado ningún trastorno de la salud mental

Si la respuesta es “Otro”, por favor especifique _____

Si le han diagnosticado alguna afección de salud mental,

31. ¿Lo/La han remitido a servicios de salud mental durante los últimos 12 meses?

- Sí
- No

32. ¿Recibió usted estos servicios dentro de 60 días después de haber sido remitido a ellos?

- Sí
- No

33. ¿Alguna vez ha tenido problemas relacionados con el consumo de drogas o alcohol?

- Sí
- No

34. ¿Alguna vez le han diagnosticado algún trastorno relacionado con el consumo de drogas o alcohol (por ejemplo, drogadicción o alcoholismo)?

- Sí
- No

Si la respuesta es SÍ,

35. ¿Lo/La han remitido a servicios para ayudarle con su consumo de drogas o alcohol durante los últimos 12 meses?

- Sí
- No

36. ¿Recibió usted estos servicios dentro de 60 días después de haber sido remitido a ellos?

- Sí
- No

C. ¿Cómo le hace sentir el hecho de ser VIH positivo? Indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada declaración.

<i>Declaración</i>	<i>Muy en desacuerdo (No me siento así para nada)</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo (Sí, me siento así)</i>
37. Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Siento que no soy tan bueno como otras personas porque tengo VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Tener VIH me hace sentir vergüenza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Pienso menos de mí mismo por el hecho de tener VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Tener VIH me hace sentirme sucio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Tener VIH me parece algo asqueroso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Las siguientes preguntas tratan sobre los servicios de salud que usted ha recibido durante los últimos 12 meses.

43. Durante los últimos 12 meses, ¿ha ido usted a la sala de emergencias (ER) por alguna razón que no fuera un accidente o una lesión?

- Sí
- No
- No sé

Si la respuesta es **SÍ**,

44. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha ido usted a la sala de emergencias (ER) por alguna razón que no fuera un accidente o una lesión?

— —

45. Durante los últimos 12 meses, ¿estuvo hospitalizado una noche o más por alguna razón que no fuera un accidente o una lesión?

- Sí
- No
- No sé

Si la respuesta es SÍ,

46. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas noches estuvo usted hospitalizado?

— —

47. Durante los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha visto usted a un proveedor médico (doctor, enfermera especialista NP o asociado médico PA) para su cuidado de VIH?

— — —

48. Ahora, pensando de 7 a 12 meses antes de hoy, ¿cuántas veces durante ese tiempo vio usted a un proveedor médico (doctor, enfermera especialista NP o asociado médico PA) para su cuidado de VIH?

— — —

49. Durante los últimos 12 meses, ¿ha pasado usted más de 6 meses sin ver a un proveedor médico para su cuidado de VIH?

- Sí
- No
- No sé

50. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces le sacaron sangre para hacerle una prueba de carga viral del VIH?

— —

Si le sacaron sangre para hacerle una prueba de carga viral del VIH por lo menos una vez durante los últimos 12 meses,

51. La última vez que usted se hizo la prueba de carga viral, ¿cuál fue el resultado?

- Detectable
- Indetectable
- No sé

52. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces le sacaron sangre para hacerle un recuento de células CD4?

— —

Si le sacaron sangre para hacerle una prueba de células CD4 por lo menos una vez durante los últimos 12 meses,

53. ¿Cuál fue el resultado de su prueba de células CD4 más reciente?

- Menos de 200
- Entre 200 y 349
- Entre 350 y 499
- 500 o más
- No sé

54. ¿Alguna vez le han recetado medicamentos antirretrovirales para tratar su infección de VIH?

- Sí
- No
- No sé

Si la respuesta es SÍ,

55. ¿En qué mes y año empezó usted a tomar medicamentos antirretrovirales para tratar su infección de VIH?

___ / ___ mm / aaaa

56. Durante los últimos 12 meses, ¿ha pasado usted 7 días o más sin tomar los medicamentos antirretrovirales que le recetaron?

- Sí
- No
- No sé

57. Marque una de las casillas abajo para indicar con qué frecuencia durante la última semana usted ha podido tomar sus medicamentos antirretrovirales exactamente como su proveedor médico le indicó. Por ejemplo, si no tomó ningún medicamento tal y como el doctor le indicó, marque la casilla del 0%. Si tomó todos los medicamentos como el doctor le indicó, marque la casilla del 100%. Si tomó aproximadamente la mitad de sus medicamentos tal y como el doctor le indicó, marque la casilla del 50%.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

No aplica. Actualmente no me han recetado ningún medicamento antirretroviral para el VIH.

Las siguientes preguntas tratan sobre los servicios que usted ha recibido en esta clínica.

58. En promedio, ¿cuántos minutos le toma a usted llegar a esta clínica?

59. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido acceso a un medio de transporte confiable?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

60. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia no ha podido llegar a sus citas (con doctores, trabajadores sociales, etc.) por falta de acceso a transporte (autobús, coche, etc.)?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

Las siguientes preguntas tratan sobre el cuidado que usted ha recibido durante los últimos 12 meses (marque una respuesta al lado de cada pregunta).

	Nunca	A veces	Usualmente	Siempre
61. Cuando usted necesitó atención inmediata, ¿con qué frecuencia lo atendieron en esta clínica tan pronto como usted creyó que lo necesitaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Sin contar las veces que necesitó atención inmediata, ¿con qué frecuencia obtuvo una cita para que lo atendieran en esta clínica tan pronto como usted creía necesitarla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas tratan sobre el cuidado que usted ha recibido durante los últimos 12 meses (marque una respuesta al lado de cada pregunta).

	Nunca	A veces	Usualmente	Siempre
63. ¿Con qué frecuencia le fue fácil obtener una cita con alguien que le ayudara a coordinar su atención médica (consejero de beneficios, gerente de casos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. ¿Con qué frecuencia le fue fácil conseguir que su plan de salud pagara el costo de la atención, las pruebas o el tratamiento que usted creía que necesitaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas tratan sobre el cuidado que usted ha recibido durante los últimos 12 meses (marque una respuesta al lado de cada pregunta).

	Nunca	A veces	Usualmente	Siempre
65. ¿Con qué frecuencia el personal de oficina de las clínicas o consultorios médicos le dio un trato cortés y respetuoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. ¿Con qué frecuencia el personal de oficina de las clínicas o consultorios médicos fue tan servicial como usted creía que debería serlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Un proveedor médico regular es el médico, enfermera especialista NP (*nurse practitioner*) o asociado médico PA (*physician assistant*) que usted considera como “su proveedor de servicios de VIH” quien revisa su progreso; él o ella habla con usted sobre su recuento de CD4, carga viral y tratamiento y lo ayuda con remisiones a otros servicios médicos si usted necesita consultar a un especialista.

¿Tiene usted un proveedor médico regular a quien va para recibir atención de VIH en esta clínica?

- Sí
- No

Las siguientes preguntas tratan sobre el cuidado que usted ha recibido durante los últimos 12 meses (marque una respuesta al lado de cada pregunta).

	Nunca	A veces	Usualmente	Siempre
68. ¿Con qué frecuencia su proveedor médico regular le dio explicaciones que eran fáciles de entender?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. ¿Con qué frecuencia su proveedor médico regular le escuchó con atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. ¿Con qué frecuencia su proveedor médico regular mostró respeto por lo que usted decía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. ¿Con qué frecuencia su proveedor médico regular le dedicó tiempo suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas piden sus preferencias al recibir servicios de salud (marque una respuesta al lado de cada declaración).

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
72. Las decisiones médicas importantes deben ser tomadas por un proveedor médico y no por el paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. El paciente debe seguir los consejos del proveedor médico aunque no esté de acuerdo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Cuando un paciente se encuentra hospitalizado, él no debe tomar decisiones sobre su propio cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. El paciente debe sentirse libre de tomar decisiones sobre problemas de salud menores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Si el paciente se pone cada vez más enfermo, el proveedor médico debe tomar mas control sobre su salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. El paciente debe decidir qué tan frecuentemente necesita revisiones de salud rutinarias (exámenes físicos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas piden sus opiniones sobre su proveedor médico (marque una respuesta al lado de cada declaración).

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Muy en desacuerdo
78. Dudo que a mi proveedor médico realmente le interese yo como persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Por lo general, mi proveedor médico considera mis necesidades y les da prioridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Confío tanto en mi proveedor médico que siempre intento seguir sus consejos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Si mi proveedor médico me dice que cierta información es un hecho, debe ser verdad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. A veces desconfío de la opinión de mi proveedor médico y desearía tener una segunda opinión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Confío en las opiniones y decisiones de mi proveedor médico sobre mi atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. No creo que mi proveedor médico esté haciendo todo lo que debería hacer con respecto a mi atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Confío en que mi proveedor médico ponga mis necesidades sobre cualquier otra consideración al tratar mis problemas médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Mi proveedor médico es un verdadero experto en el cuidado de problemas médicos como los míos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Confío en que mi proveedor médico me lo diría si se llegara a cometer algún error en mi tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Muy en desacuerdo
88. A veces me preocupa que mi proveedor médico tal vez no mantenga privada la información que comparto con él/ella.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. ¿Se proporcionan los siguientes servicios en esta clínica?

	Sí	No	No sé
a. Pruebas para detectar el VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ayuda para que las personas VIH positivas reciban atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Atención médica para personas que acaban de recibir un diagnóstico de VIH positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Recetas médicas y monitoreo de la terapia antirretroviral (medicamentos para reducir la cantidad del VIH en el cuerpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cuidado para personas cuya infección de VIH está más avanzada (infecciones oportunistas, cáncer, otras complicaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Consejería sobre beneficios (seguro médico, pago de medicamentos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Consejería para adherir al tratamiento (ayuda para tomar los medicamentos correctamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Consejería comportamental (para asuntos de salud mental, consumo de drogas o alcohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Apoyo social (con compañeros en situaciones similares y/o con profesionales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. ¿Qué tan cómodo serías utilizando los siguientes servicios o recomendándolos a un amigo?
(Conteste las siguientes preguntas a-i solamente si contestó SÍ a la pregunta 89)

	Muy incómodo	Incómodo	Algo incómodo	Algo cómodo	Cómodo	Muy cómodo
a. Pruebas para detectar el VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ayuda para que las personas VIH positivas reciban atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Atención médica para personas que acaban de recibir un diagnóstico de VIH positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Recetas médicas y monitoreo de la terapia antirretroviral (medicamentos para reducir la cantidad del VIH en el cuerpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cuidado para personas cuya infección de VIH está más avanzada (infecciones oportunistas, cáncer, otras complicaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Consejería sobre beneficios (seguro médico, pago de medicamentos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Consejería para adherir al tratamiento (ayuda para tomar los medicamentos correctamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Consejería comportamental (para asuntos de salud mental, consumo de drogas o alcohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Apoyo social (con compañeros en situaciones similares y/o con profesionales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Gracias por contestar esta encuesta!