DEPARTAMENTO DE LA SALUD COMUNITARIA DE MICHIGAN

HISTORIAL DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DE VIH

La siguiente información es requerida en todos los nuevos reportes de VIH y será usada para generar estimados de incidencia

Fecha el Cliente Contestó las Preguntas (mes/día/año): _____/_____/_____

Sitio Completó Forma: _____ Teléfono ( ) _____-_____

Persona Completó Forma: Apellido_____ Nombre de Pila_____

Completado Por: ☐ Entrevistador/Consejero ☐ Cliente/Paciente ☐ Revisión Historial Médico

Nombre Cliente: Apellido_____ Nombre de Pila_____ Inicial Segundo Nombre_____
Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Primera Prueba <u>Positiva</u> de VIH reportada por el cliente:

Alguna vez ha tenido una prueba de VIH positiva? Sí No No Sabe Rehusa Contestar

Fecha de la primera prueba positiva (mes/día/año): _____/_____/_____ (fecha parcial es aceptable)

Tipo de muestra de su primera prueba positiva: Oral Sangre No Sabe

Fué anónima (sin nombre) su primera prueba? Sí No No Sabe

Prueba de VIH <u>Negativa</u> reportada por el cliente:

Alguna vez ha tenido una prueba de VIH negativa? Sí No No Sabe Rehusa Contestar

Si es así, fecha de la prueba negativa más reciente (mes/día/año): _____/_____/_____ (fecha parcial es aceptable)

de pruebas negativas en los 24 meses anteriores a su primera prueba positiva: _____No Sabe Rehusa Contestar

Tratamiento Antiretroviral (ARV) y profilaxis:

<u>Ha usado alguna vez</u> ARV para prevenir/tratar el VIH o Hepatitis B? Sí No No Sabe Rehusa Contestar
Si es así, anote por lo menos un medicamento ARV:_____

Fecha de uso de ARV : Fecha en que primero comenzó: _____/_____/_____

Actualmente está usando ARV? Sí → Fecha del uso más reciente (mes/día/año) ____/_____/_____

No → Fecha del último uso (mes/día/año) _____/_____/_____

Comentarios, factores de riesgo o raza no documentados en la forma para reportar el caso de VIH:
_____
_____