

HRSA SIDA Centro de Educación y Entrenamiento  
Formulario de Información para participantes July 1, 2003 - June 30, 2004

Para crear su número de identificación exclusivo, use el mes y el día de la fecha de su nacimiento y los últimos cuatro números de su Seguro Social. Por ejemplo, 29 de mayo, 123-45-6789 : el número identificación es: 05 29 6789.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M M		D D		# # # #				/		/									

Para cada preguntas, por favor escriba la alternativa que mejor describa su respuesta oscureciendo el círculo de esta forma:

**1. Su Profesión/Disciplina (Seleccione sólo una)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Médico                            | <input type="radio"/> Asistente Dental                         |
| <input type="radio"/> Asistente Médico (PA)             | <input type="radio"/> Farmacéutica/o                           |
| <input type="radio"/> Enfermera/o Práctica/o Avanzada/o | <input type="radio"/> Proveedor/a de salud mental              |
| <input type="radio"/> Enfermera/o Avanzada/o (NP)       | <input type="radio"/> Especialista en abuso de sustancias      |
| <input type="radio"/> Enfermera/o graduada/o (RN)       | <input type="radio"/> Otro proveedor de cuidado de salud _____ |
| <input type="radio"/> Dentista                          | <input type="radio"/> Otro no relacionado a salud _____        |

**2. Su rol funcionari (Seleccione sólo una)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Administrador(a)/Supervisor(a)      | <input type="radio"/> Estudiante/ Estudiante graduado(a) |
| <input type="radio"/> Servicio directo al cliente/Clinico | <input type="radio"/> Maestro(a)/Facultad                |
| <input type="radio"/> Manejador/a de caso                 | <input type="radio"/> Otro (especifique) _____           |
| <input type="radio"/> Investigador(a)                     | <input type="radio"/> No trabaja                         |
| <input type="radio"/> Residente                           |  |

**3. Su lugar principal de trabajo (Seleccione sólo una)**

- Hospital/Clinica de hospital
- Centro de Salud Comunal/Migrantes
- Centro de Salud Mental
- Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias
- Otra Organización de Base Comunitaria (CBO)
- Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual/Planificación Familiar
- Centro de servicios de salud tribales/indios
- Otra agencia pública de salud
- Organización de Cuidado Dirigido (HMO)
- Práctica Privada Grupal/independiente
- Facilidad Correccional
- Otra facilidad de Cuidado de la Salud
- Otras facilidades no relacionadas con el cuidado de la salud
- No empleado

**4. Código de área postal de su agencia principal de empleo.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**4a. Localización de su agencia principal de empleo.**

Urbana	Sub-urbana	Rural
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**5. Ha recibido fondos de Ryan White su agencia principal de empleo?**

- Sí       No       No sé

Si no sabe, escriba el nombre de su agencia principal de empleo. \_\_\_\_\_

**6. Su identidad racial y étnica (Seleccione todas las que apliquen).**

- Afro-Americano/Negra
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Asiática
- Caucásica
- Nativo de Hawaii u otra Isla del Pacifico

**6a. ¿Es usted hispano(a) o latino(a)?**

- Sí       No

**7. Es Usted:**

- Mujer       Hombre       Transgénero

**8. ¿Cuál de las siguientes describe la forma en que usted ofrece servicios a pacientes de VIH/SIDA con mayor frecuencia? (Seleccione sólo una)**

- No aplica/No veo pacientes de VIH/SIDA
- Refiero pacientes VIH+ para todo cuidado
- Proveo cuidado primario general a pacientes VIH+
- Refiero pacientes VIH+ cuando necesitan tratamiento antirretroviral
- Refiero pacientes VIH+ cuando el tratamiento antirretroviral falla
- Proveo todos los servicios a pacientes VIH+ por todo la enfermedad

Conteste las preguntas #9-16 sólo si usted tiene la responsabilidad directa del cuidado de cliente/paciente

**9. Estime el número de clientes/pacientes con VIH/SIDA que usted personalmente ha atendido en el pasado mes.**

- |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| N/A                   | 1-10                  | 11-20                 | 21-50                 | 51+                   | No Sé                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**10. Estime el número de sus clientes/pacientes VIH+ que usted atendió en el pasado mes que estaban en terapia antirretroviral.**

- |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| N/A                   | 1-10                  | 11-20                 | 21-50                 | 51+                   | No Sé                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

De los pasados 12 meses, estime el PORCIENTO de TODOS SUS clientes/pacientes que son:

**11. Minorías raciales y/o étnicas**

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ninguno               | 1-24%                 | 25-49%                | 50+%                  | No Sé                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**12. Enfermos mentales severos persistentes**

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ninguno               | 1-24%                 | 25-49%                | 50+%                  | No Sé                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**13. Usuarios de drogas/alcohol**

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ninguno               | 1-24%                 | 25-49%                | 50+%                  | No Sé                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**14. Sin seguro médico**

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ninguno               | 1-24%                 | 25-49%                | 50+%                  | No Sé                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**15. Mujeres**

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ninguno               | 1-24%                 | 25-49%                | 50+%                  | No Sé                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**16. Confinado/ Bajo libertad condicional**

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ninguno               | 1-24%                 | 25-49%                | 50+%                  | No Sé                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

<input type="text"/>	<input type="text"/>
AETC	

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Subsite	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Program							

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Agency		

Sí	No	No Sé
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RWCA		