

Behavioral Assessment Screener

Formulario para evaluar el comportamiento

Queremos hacerle unas preguntas relacionadas con sus hábitos sexuales y con el uso de drogas que nos ayudarán a atenderle mejor. Por favor, tómese unos minutos para responder a las siguientes preguntas. Entregue este formulario al proveedor de atención médica cuando termine.

Sus respuestas son totalmente confidenciales; por lo tanto, responda con sinceridad. ¡Gracias!

Please use sticker

Name:

Date of Service:

Date of Birth:

Med Rec #:

PCP:

1. ¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

2. ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien en los últimos 3 meses? (sexo oral, anal o vaginal)
 No Sí (En caso negativo, pase a la pregunta 7)

3. ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?
_____ # hombres _____ # mujeres

4. ¿Ha tenido parejas sexuales a las que considera sus parejas principales en los últimos 3 meses?
(alguien con quien tiene usted un compromiso)
 No Sí. ¿Con cuántas? _____

5. ¿Ha tenido relaciones sexuales casuales con alguien en los últimos 3 meses?
 No Sí. ¿Con cuántas? _____

6. ¿Le han dicho que tiene una infección de transmisión sexual diferente al VIH en los últimos 3 meses?
 No Sí

7. ¿Fumó *crack* o usó *crystal* en los últimos 3 meses? No Sí

8. ¿Se ha inyectado alguna droga de uso recreacional en los últimos 3 meses? No Sí

9. ¿Hay algo sobre sus hábitos sexuales o sobre el uso de drogas que quiera discutir con su proveedor de atención médica hoy? No Sí

!Ha terminado! Gracias por responder a estas preguntas.

This section to be completed by providers only

DISCUSSION PROMPTS FOR PRIMARY PROVIDER

Any oral sex

Receptive or insertive? Main or casual partner? Partner serostatus? Condom or barrier used? How often?

Any anal sex

Receptive or insertive? Main or casual partner? Partner serostatus? Condom or barrier used? How often?

Any vaginal sex

Receptive or insertive? Main or casual partner? Partner serostatus? Condom or barrier used? How often?

Any injection drug use

Shares needles/works? Shares with main partner? Shares with casual contacts?

Serostatus of persons patient shares needle/works with?

Pregnancy

Considering trying to become pregnant? Serostatus of partner?

RISK REDUCTION PLAN (Check all that apply)

Partner Choice Strategies

- Avoid places/people that cause you to take risks
- Choose partners based on serostatus
- Identify people you can talk to
- Eliminate/reduce casual partners

Disclosure/Communication Strategies

- Tell partners you have HIV
- Ask partners if they have HIV
- Talk to partner about safer sex

Condom / Barrier Use

- Always carry condoms/barrier
- Increase use condom/barrier

Drug-related Strategies

- Needle exchange options
- Use clean needle/works
- Don't share needles/works
- Don't use or reduce drugs/alcohol with sex

Reduce Sexual Episodes

- Reduce episodes of anal intercourse
- Reduce episodes of vaginal intercourse
- Mutual masturbation only- no exchange of body fluids
- Choose not to have sex
- Don't share sex toys

Other _____

Continue current risk reduction plan

Time spent on risk reduction

<2 minutes 3-5 minutes 6-10 minutes >10 minutes **OR** total# minutes _____

Referrals:

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prevention Counseling | <input type="checkbox"/> Mental Health | <input type="checkbox"/> Food |
| <input type="checkbox"/> Prevention Case Management | <input type="checkbox"/> Substance Abuse | <input type="checkbox"/> Housing |
| <input type="checkbox"/> Case Management | <input type="checkbox"/> Domestic Violence Prevention | <input type="checkbox"/> Financial |
| <input type="checkbox"/> Reproductive Health Planning | <input type="checkbox"/> PCRS/Partner notification | <input type="checkbox"/> None |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | |