Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas

DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA
HSR

ENCUESTA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

Toda información es CONFIDENCIAL y nos ayudará a identificar los servicios que necesita. Tómese unos minutos para completar esta encuesta sobre Infecciones de transmisión sexual.

Fecha: 14 Octubre 2025
Nombre del Participante: Milton Morales Ramirez

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

1. ¿Conoce los derechos sexuales y reproductivos? SI___ NO X
2. ¿Cuáles son? _____

POS

3. ¿Recuerda la última consulta a la que haya asistido a una Institución de salud? SI X NO___ ¿Cuando? Hace 2 meses.

PAREJA SEXUAL

4. ¿Tiene pareja sexual? SI X NO___
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? SI X NO___
6. ¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? # 1
7. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales durante su vida?
   0 1 2 3 4 5 10 15 25 30 50 75 Más de 100 Respuesta: # 4

PROTECCION PARA ITS

8. ¿Usa condón en las relaciones sexuales? Siempre___ Casi siempre___ A veces___ Raramente X Nunca___
9. ¿Usa condón con parejas nuevas o parejas ocasionales? Siempre___ Casi siempre X A veces___ Raramente___ Nunca___

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL GENERALES

10. ¿Ha sufrido de Infecciones de Transmisión Sexual? SI___ NO X
11. ¿Recuerda cuál? _____
12. ¿Ha recibido tratamiento? SI___ NO___
13. ¿Hace cuánto? _____
14. ¿Le han realizado algún examen para identificar una infección de transmisión sexual? SI X NO___
15. ¿Conoce alguna infección transmisión sexual? SI___ NO X
16. ¿Sabe cómo se diagnostican? SI___ NO___
17. ¿Conoce síntomas de las its? SI___ NO___
18. ¿Cómo se transmite las ITS? SI___ NO___

19. ¿Qué medidas de prevención conoce? no sé

CONOCIMIENTO DE ALGUNAS ITS

20. ¿Sabe usted que es el VIH-SIDA? SI X NO___
21. ¿Sabe usted que es la SIFILIS? SI___ NO X
22. ¿Sabe usted que son LAS HEPATITIS? SI___ NO X
23. ¿Sabe usted como evitar una Infección de Transmisión sexual? con condon

RIESGO ITS

24. ¿Usted considera que se ha puesto en riesgo para VIH o sífilis y otras its en algún momento? SI___ NO X ¿Por qué, cuándo y que hizo?___

25. Ha tenido relaciones sexuales con: Un hombre___ Una mujer X Ambos ____ Otro_____
26. Marque los que apliquen: Sexo oral X Sexo vaginal X
Sexo anal: Activo (Penetrador) ____ Pasivo (Receptivo)____ Ambos_____
27. ¿Ha intercambiado drogas o dinero por sexo? SI___ NO X
28. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que se inyecta drogas? SI___ NO X
29. ¿Ha usado una aguja para inyectarse drogas? SI___ NO X
30. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que tiene VIH/SIDA? SI___ NO X
31. ¿Ha usado drogas inyectables en el último año? SI___ NO X
32. ¿Ha estado en la cárcel o en la prisión? SI___ NO X
33. ¿Tiene tatuajes? SI X NO___
34. ¿Se ha puesto la vacuna de la Hepatitis B? SI___ NO X
35. ¿Cuántas pruebas de VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Sífilis ha tenido antes de hoy? # 0

EDUCACION

36. ¿Ha recibido educación en infecciones de transmisión sexual - VIH? SI X NO___
37. ¿Ha recibido educación en uso del preservativo o condón? SI X NO___
38. ¿Ha recibido educación en pruebas rápidas para infecciones de transmisión sexual? SI___ NO X
39. ¿sabe usted colocar y retirar adecuadamente un condón? SI X NO___
40. ¿Sabe usted que puede consultar a su Red prestadora de Servicios para solicitar pruebas para identificación de Infecciones de transmisión sexual, educación, acompañamiento y entrega de Preservativos? SI___ NO X

Firma Profesional

Milton Morales R.

Firma Usuario

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

ENCUESTA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

Toda información es CONFIDENCIAL y nos ayudará a identificar los servicios que necesita. Tómese unos minutos para completar esta encuesta sobre Infecciones de transmisión sexual.

Fecha: 14 Octubre 2025

Nombre del Participante: Omar Gutierrez

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

1. ¿Conoce los derechos sexuales y reproductivos? SI___ NO X
2. ¿Cuáles son? _____

POS

3. ¿Recuerda la última consulta a la que haya asistido a una Institución de salud? SI___ NO X ¿Cuando?

PAREJA SEXUAL

4. ¿Tiene pareja sexual? SI X NO___
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? SI X NO___
6. ¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? # 2
7. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales durante su vida? 0 1 2 3 4 5 10 15 25 30 50 75 Más de 100 Respuesta: # 7

PROTECCION PARA ITS

8. ¿Usa condón en las relaciones sexuales? Siempre___ Casi siempre___ A veces X Raramente___ Nunca___
9. ¿Usa condón con parejas nuevas o parejas ocasionales? Siempre___ Casi siempre X A veces___ Raramente___ Nunca___

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL GENERALES

10. ¿Ha sufrido de Infecciones de Transmisión Sexual? SI___ NO X
11. ¿Recuerda cuál? _____
12. ¿Ha recibido tratamiento? SI___ NO___
13. ¿Hace cuánto? _____
14. ¿Le han realizado algún examen para identificar una infección de transmisión sexual? SI___ NO X
15. ¿Conoce alguna infección transmisión sexual? SI X NO___
16. ¿Sabe cómo se diagnostican? SI X NO___
17. ¿Conoce síntomas de las its? SI___ NO X
18. ¿Cómo se transmite las ITS? SI X NO___

19. ¿Qué medidas de prevención conoce? Usar Condón

CONOCIMIENTO DE ALGUNAS ITS

20. ¿Sabe usted que es el VIH-SIDA? SI___ NO X
21. ¿Sabe usted que es la SIFILIS? SI___ NO X
22. ¿Sabe usted que son LAS HEPATITIS? SI___ NO X
23. ¿Sabe usted como evitar una Infección de Transmisión sexual? Usar condón en las relaciones sexuales

RIESGO ITS

24. ¿Usted considera que se ha puesto en riesgo para VIH o sífilis y otras its en algún momento? SI___ NO X ¿Por qué, cuándo y que hizo?

25. Ha tenido relaciones sexuales con: Un hombre___ Una mujer X Ambos ____ Otro_____
26. Marque los que apliquen: Sexo oral X Sexo vaginal X
Sexo anal: Activo (Penetrador) ____ Pasivo (Receptivo)____ Ambos_____
27. ¿Ha intercambiado drogas o dinero por sexo? SI___ NO X
28. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que se inyecta drogas? SI___ NO X
29. ¿Ha usado una aguja para inyectarse drogas? SI___ NO X
30. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que tiene VIH/SIDA? SI___ NO X
31. ¿Ha usado drogas inyectables en el último año? SI___ NO X
32. ¿Ha estado en la cárcel o en la prisión? SI___ NO X
33. ¿Tiene tatuajes? SI___ NO X
34. ¿Se ha puesto la vacuna de la Hepatitis B? SI___ NO X
35. ¿Cuántas pruebas de VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Sífilis ha tenido antes de hoy? # 1

EDUCACION

36. ¿Ha recibido educación en infecciones de transmisión sexual - VIH? SI___ NO X
37. ¿Ha recibido educación en uso del preservativo o condón? SI X NO___
38. ¿Ha recibido educación en pruebas rápidas para infecciones de transmisión sexual? SI___ NO X
39. ¿sabe usted colocar y retirar adecuadamente un condón? SI X NO___
40. ¿Sabe usted que puede consultar a su Red prestadora de Servicios para solicitar pruebas para identificación de Infecciones de transmisión sexual, educación, acompañamiento y entrega de Preservativos? SI___ NO X

Firma Profesional

Firma Usuario

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

ENCUESTA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

Toda información es CONFIDENCIAL y nos ayudará a identificar los servicios que necesita. Tómese unos minutos para completar esta encuesta sobre Infecciones de transmisión sexual.

Fecha: 14 octubre 2025

Nombre del Participante: Fabian Becerra Duque

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

1. ¿Conoce los derechos sexuales y reproductivos? SI___ NO X
2. ¿Cuáles son? _____

POS

3. ¿Recuerda la última consulta a la que haya asistido a una Institución de salud? SI___ NO X ¿Cuando?

PAREJA SEXUAL

4. ¿Tiene pareja sexual? SI X NO___
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? SI X NO___
6. ¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? # 1
7. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales durante su vida? 0 1 2 3 4 5 10 15 25 30 50 75 Más de 100 Respuesta: # 10

PROTECCION PARA ITS

8. ¿Usa condón en las relaciones sexuales? Siempre___ Casi siempre___ A veces X Raramente___ Nunca___
9. ¿Usa condón con parejas nuevas o parejas ocasionales? Siempre___ Casi siempre X A veces___ Raramente___ Nunca___

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL GENERALES

10. ¿Ha sufrido de Infecciones de Transmisión Sexual? SI___ NO X
11. ¿Recuerda cuál? _____
12. ¿Ha recibido tratamiento? SI___ NO___
13. ¿Hace cuánto? _____
14. ¿Le han realizado algún examen para identificar una infección de transmisión sexual? SI___ NO X
15. ¿Conoce alguna infección transmisión sexual? SI___ NO X
16. ¿Sabe cómo se diagnostican? SI X NO___
17. ¿Conoce síntomas de las its? SI___ NO X
18. ¿Cómo se transmite las ITS? SI X NO___

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

19. ¿Qué medidas de prevención conoce? Protegerse con el uso del condón

CONOCIMIENTO DE ALGUNAS ITS

20. ¿Sabe usted que es el VIH-SIDA? SI___ NO X
21. ¿Sabe usted que es la SIFILIS? SI___ NO X
22. ¿Sabe usted que son LAS HEPATITIS? SI___ NO X
23. ¿Sabe usted como evitar una Infección de Transmisión sexual? Evitando inyectarse, usar condón

RIESGO ITS

24. ¿Usted considera que se ha puesto en riesgo para VIH o sífilis y otras its en algún momento? SI___ NO X ¿Por qué, cuándo y que hizo?_____
25. Ha tenido relaciones sexuales con: Un hombre___ Una mujer X Ambos ____ Otro_____
26. Marque los que apliquen: Sexo oral X Sexo vaginal X
    Sexo anal: Activo (Penetrador) ____ Pasivo (Receptivo)____ Ambos_____
27. ¿Ha intercambiado drogas o dinero por sexo? SI___ NO X
28. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que se inyecta drogas? SI___ NO X
29. ¿Ha usado una aguja para inyectarse drogas? SI___ NO X
30. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que tiene VIH/SIDA? SI___ NO X
31. ¿Ha usado drogas inyectables en el último año? SI___ NO X
32. ¿Ha estado en la cárcel o en la prisión? SI___ NO X
33. ¿Tiene tatuajes? SI___ NO X
34. ¿Se ha puesto la vacuna de la Hepatitis B? SI___ NO X
35. ¿Cuántas pruebas de VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Sífilis ha tenido antes de hoy? # 0

EDUCACION

36. ¿Ha recibido educación en infecciones de transmisión sexual - VIH? SI X NO___
37. ¿Ha recibido educación en uso del preservativo o condón? SI X NO___
38. ¿Ha recibido educación en pruebas rápidas para infecciones de transmisión sexual? SI___ NO X
39. ¿sabe usted colocar y retirar adecuadamente un condón? SI X NO___
40. ¿Sabe usted que puede consultar a su Red prestadora de Servicios para solicitar pruebas para identificación de Infecciones de transmisión sexual, educación, acompañamiento y entrega de Preservativos? SI___ NO X

Firma Profesional

Fabian Becerra Duque
Firma Usuario

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

ENCUESTA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

Toda información es CONFIDENCIAL y nos ayudará a identificar los servicios que necesita. Tómese unos minutos para completar esta encuesta sobre Infecciones de transmisión sexual.

Fecha: 14 Octubre 2025

Nombre del Participante: Cristian Camilo Gonzalez

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

1. ¿Conoce los derechos sexuales y reproductivos? SI___ NO X
2. ¿Cuáles son?_____

POS

3. ¿Recuerda la última consulta a la que haya asistido a una Institución de salud? SI X NO___ ¿Cuando? 6 meses

PAREJA SEXUAL

4. ¿Tiene pareja sexual? SI X NO___
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? SI X NO___
6. ¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? # 3
7. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales durante su vida? 0 1 2 3 4 5 10 15 25 30 50 75 Más de 100 Respuesta: # 5

PROTECCION PARA ITS

8. ¿Usa condón en las relaciones sexuales? Siempre___ Casi siempre X A veces___ Raramente___ Nunca____
9. ¿Usa condón con parejas nuevas o parejas ocasionales? Siempre___ Casi siempre X A veces___ Raramente___ Nunca____

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL GENERALES

10. ¿Ha sufrido de Infecciones de Transmisión Sexual? SI___ NO X
11. ¿Recuerda cuál?_____
12. ¿Ha recibido tratamiento? SI___ NO___
13. ¿Hace cuánto?_____
14. ¿Le han realizado algún examen para identificar una infección de transmisión sexual? SI___ NO X
15. ¿Conoce alguna infección transmisión sexual? SI X NO___
16. ¿Sabe cómo se diagnostican? SI X NO___
17. ¿Conoce síntomas de las its? SI___ NO X
18. ¿Cómo se transmite las ITS? SI X NO___

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

19. ¿Qué medidas de prevención conoce? Utilizar el preservativo

CONOCIMIENTO DE ALGUNAS ITS

20. ¿Sabe usted que es el VIH-SIDA? SI___ NO X
21. ¿Sabe usted que es la SIFILIS? SI___ NO X
22. ¿Sabe usted que son LAS HEPATITIS? SI___ NO X
23. ¿Sabe usted como evitar una Infección de Transmisión sexual? Protegerse de las agujas, utilizar condon

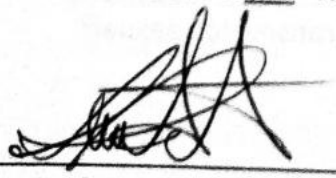
RIESGO ITS

24. ¿Usted considera que se ha puesto en riesgo para VIH o sífilis y otras its en algún momento? SI___ NO X ¿Por qué, cuándo y que hizo?___

25. Ha tenido relaciones sexuales con: Un hombre___ Una mujer X Ambos ____ Otro_____
26. Marque los que apliquen: Sexo oral X Sexo vaginal X
Sexo anal: Activo (Penetrador) ____ Pasivo (Receptivo)____ Ambos_____
27. ¿Ha intercambiado drogas o dinero por sexo? SI___ NO X
28. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que se inyecta drogas? SI___ NO X
29. ¿Ha usado una aguja para inyectarse drogas? SI___ NO X
30. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que tiene VIH/SIDA? SI___ NO X
31. ¿Ha usado drogas inyectables en el último año? SI___ NO X
32. ¿Ha estado en la cárcel o en la prisión? SI___ NO X
33. ¿Tiene tatuajes? SI X NO___
34. ¿Se ha puesto la vacuna de la Hepatitis B? SI___ NO X
35. ¿Cuántas pruebas de VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Sífilis ha tenido antes de hoy? # 1

EDUCACION

36. ¿Ha recibido educación en infecciones de transmisión sexual - VIH? SI___ NO X
37. ¿Ha recibido educación en uso del preservativo o condón? SI___ NO X
38. ¿Ha recibido educación en pruebas rápidas para infecciones de transmisión sexual? SI___ NO X
39. ¿sabe usted colocar y retirar adecuadamente un condón? SI X NO___
40. ¿Sabe usted que puede consultar a su Red prestadora de Servicios para solicitar pruebas para identificación de Infecciones de transmisión sexual, educación, acompañamiento y entrega de Preservativos? SI X NO___



Firma Profesional

Cristian Camilo Cardona

Firma Usuario

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

ENCUESTA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

Toda información es CONFIDENCIAL y nos ayudará a identificar los servicios que necesita. Tómese unos minutos para completar esta encuesta sobre Infecciones de transmisión sexual.

Fecha: 14 de octubre 2025

Nombre del Participante: Walter Alexander Garcia

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

1. ¿Conoce los derechos sexuales y reproductivos? SI___ NO_X_
2. ¿Cuáles son? No se

POS

3. ¿Recuerda la última consulta a la que haya asistido a una Institución de salud? SI___ NO_X_ ¿Cuando?

PAREJA SEXUAL

4. ¿Tiene pareja sexual? SI_X_ NO___
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? SI_X_ NO___
6. ¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? #_1_
7. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales durante su vida? 0 1 2 3 4 5 10 15 25 30 50 75 Más de 100 Respuesta: #_6_

PROTECCION PARA ITS

8. ¿Usa condón en las relaciones sexuales? Siempre___ Casi siempre____ A veces___ Raramente_X_ Nunca____
9. ¿Usa condón con parejas nuevas o parejas ocasionales? Siempre___ Casi siempre_X_ A veces___ Raramente___ Nunca____

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL GENERALES

10. ¿Ha sufrido de Infecciones de Transmisión Sexual? SI___ NO_X_
11. ¿Recuerda cuál? _____
12. ¿Ha recibido tratamiento? SI___ NO___
13. ¿Hace cuánto? _____
14. ¿Le han realizado algún examen para identificar una infección de transmisión sexual? SI_X_ NO___
15. ¿Conoce alguna infección transmisión sexual? SI_X_ NO___
16. ¿Sabe cómo se diagnostican? SI_X_ NO___
17. ¿Conoce síntomas de las its? SI___ NO_X_
18. ¿Cómo se transmite las ITS? SI_X_ NO___

19. ¿Qué medidas de prevención conoce? No se

CONOCIMIENTO DE ALGUNAS ITS

20. ¿Sabe usted que es el VIH-SIDA? SI___ NO X
21. ¿Sabe usted que es la SIFILIS? SI___ NO X
22. ¿Sabe usted que son LAS HEPATITIS? SI___ NO X
23. ¿Sabe usted como evitar una Infección de Transmisión sexual? Con condon

RIESGO ITS

24. ¿Usted considera que se ha puesto en riesgo para VIH o sífilis y otras its en algún momento? SI___ NO X ¿Por qué, cuándo y que hizo?___
25. Ha tenido relaciones sexuales con: Un hombre___ Una mujer X Ambos ____ Otro_____
26. Marque los que apliquen: Sexo oral X Sexo vaginal X
Sexo anal: Activo (Penetrador) ____ Pasivo (Receptivo)____ Ambos_____
27. ¿Ha intercambiado drogas o dinero por sexo? SI___ NO X
28. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que se inyecta drogas? SI___ NO X
29. ¿Ha usado una aguja para inyectarse drogas? SI___ NO X
30. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que tiene VIH/SIDA? SI___ NO X
31. ¿Ha usado drogas inyectables en el último año? SI___ NO X
32. ¿Ha estado en la cárcel o en la prisión? SI___ NO X
33. ¿Tiene tatuajes? SI___ NO X
34. ¿Se ha puesto la vacuna de la Hepatitis B? SI___ NO ✓
35. ¿Cuántas pruebas de VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Sífilis ha tenido antes de hoy? # 0

EDUCACION

36. ¿Ha recibido educación en infecciones de transmisión sexual - VIH? SI___ NO X
37. ¿Ha recibido educación en uso del preservativo o condón? SI X NO___
38. ¿Ha recibido educación en pruebas rápidas para infecciones de transmisión sexual? SI___ NO X
39. ¿sabe usted colocar y retirar adecuadamente un condón? SI X NO___
40. ¿Sabe usted que puede consultar a su Red prestadora de Servicios para solicitar pruebas para identificación de Infecciones de transmisión sexual, educación, acompañamiento y entrega de Preservativos? SI___ NO X

Firma Profesional

Firma Usuario

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

ENCUESTA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

Toda información es CONFIDENCIAL y nos ayudará a identificar los servicios que necesita. Tómese unos minutos para completar esta encuesta sobre Infecciones de transmisión sexual.

Fecha: 14 de Octubre 2025

Nombre del Participante: Jairo Andres Llano

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

1. ¿Conoce los derechos sexuales y reproductivos? SI___ NO_x_
2. ¿Cuáles son?_____

POS

3. ¿Recuerda la última consulta a la que haya asistido a una Institución de salud?
   SI___ NO_x_ ¿Cuando?

PAREJA SEXUAL

4. ¿Tiene pareja sexual? SI_x_ NO___
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? SI_x_ NO___
6. ¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? #_1_
7. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales durante su vida?
   0 1 2 3 4 5 10 15 25 30 50 75 Más de 100 Respuesta: #_1_

PROTECCION PARA ITS

8. ¿Usa condón en las relaciones sexuales? Siempre___ Casi siempre_x_ A veces___ Raramente___ Nunca____
9. ¿Usa condón con parejas nuevas o parejas ocasionales? Siempre___ Casi siempre_x_ veces___ Raramente___ Nunca____

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL GENERALES

10. ¿Ha sufrido de Infecciones de Transmisión Sexual? SI___ NO_x_
11. ¿Recuerda cuál? _____
12. ¿Ha recibido tratamiento? SI___ NO___
13. ¿Hace cuánto? _____
14. ¿Le han realizado algún examen para identificar una infección de transmisión sexual?
    SI___ NO_x_
15. ¿Conoce alguna infección transmisión sexual? SI_x_ NO___
16. ¿Sabe cómo se diagnostican? SI_x_ NO___
17. ¿Conoce síntomas de las its? SI___ NO_x_
18. ¿Cómo se transmite las ITS? SI_x_ NO___

19. ¿Qué medidas de prevención conoce? condon

CONOCIMIENTO DE ALGUNAS ITS

20. ¿Sabe usted que es el VIH-SIDA? SI___ NO_x_
21. ¿Sabe usted que es la SIFILIS? SI___ NO_x_
22. ¿Sabe usted que son LAS HEPATITIS? SI___ NO_x_
23. ¿Sabe usted como evitar una Infección de Transmisión sexual? Usando condon

RIESGO ITS

24. ¿Usted considera que se ha puesto en riesgo para VIH o sífilis y otras its en algún momento? SI___ NO_x_ ¿Por qué, cuándo y que hizo?_____
25. Ha tenido relaciones sexuales con: Un hombre___ Una mujer_x_ Ambos ____ Otro_____
26. Marque los que apliquen: Sexo oral_x_ Sexo vaginal_x_
Sexo anal: Activo (Penetrador) ____ Pasivo (Receptivo)____ Ambos_____
27. ¿Ha intercambiado drogas o dinero por sexo? SI___ NO_x_
28. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que se inyecta drogas? SI___ NO_x_
29. ¿Ha usado una aguja para inyectarse drogas? SI___ NO_x_
30. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que tiene VIH/SIDA? SI___ NO_x_
31. ¿Ha usado drogas inyectables en el último año? SI___ NO_x_
32. ¿Ha estado en la cárcel o en la prisión? SI___ NO_x_
33. ¿Tiene tatuajes? SI___ NO_x_
34. ¿Se ha puesto la vacuna de la Hepatitis B? SI___ NO_x_
35. ¿Cuántas pruebas de VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Sífilis ha tenido antes de hoy? #__0____

EDUCACION

36. ¿Ha recibido educación en infecciones de transmisión sexual - VIH? SI_x_ NO___
37. ¿Ha recibido educación en uso del preservativo o condón? SI_x_ NO___
38. ¿Ha recibido educación en pruebas rápidas para infecciones de transmisión sexual? SI___ NO_x_
39. ¿sabe usted colocar y retirar adecuadamente un condón? SI_x_ NO___
40. ¿Sabe usted que puede consultar a su Red prestadora de Servicios para solicitar pruebas para identificación de Infecciones de transmisión sexual, educación, acompañamiento y entrega de Preservativos? SI_x_ NO___

Firma Profesional

Jairo Andres
Firma Usuario

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

ENCUESTA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

Toda información es CONFIDENCIAL y nos ayudará a identificar los servicios que necesita. Tómese unos minutos para completar esta encuesta sobre Infecciones de transmisión sexual.

Fecha: 14 Octubre 2025

Nombre del Participante: Luis Alberto Calderon

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

1. ¿Conoce los derechos sexuales y reproductivos? SI___ NO X
2. ¿Cuáles son?_____

POS

3. ¿Recuerda la última consulta a la que haya asistido a una Institución de salud? SI___ NO X ¿Cuando?

PAREJA SEXUAL

4. ¿Tiene pareja sexual? SI X NO___
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? SI X NO___
6. ¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? # 2
7. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales durante su vida? 0 1 2 3 4 5 10 15 25 30 50 75 Más de 100 Respuesta: # 1

PROTECCION PARA ITS

8. ¿Usa condón en las relaciones sexuales? Siempre___ Casi siempre___ A veces X Raramente___ Nunca___
9. ¿Usa condón con parejas nuevas o parejas ocasionales? Siempre___ Casi siempre___ A veces X Raramente___ Nunca___

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL GENERALES

10. ¿Ha sufrido de Infecciones de Transmisión Sexual? SI___ NO X
11. ¿Recuerda cuál? _____
12. ¿Ha recibido tratamiento? SI___ NO___
13. ¿Hace cuánto? _____
14. ¿Le han realizado algún examen para identificar una infección de transmisión sexual? SI___ NO X
15. ¿Conoce alguna infección transmisión sexual? SI X NO___
16. ¿Sabe cómo se diagnostican? SI X NO___
17. ¿Conoce síntomas de las its? SI___ NO X
18. ¿Cómo se transmite las ITS? SI X NO___

19. ¿Qué medidas de prevención conoce? No se

CONOCIMIENTO DE ALGUNAS ITS

20. ¿Sabe usted que es el VIH-SIDA? SI___ NO X
21. ¿Sabe usted que es la SIFILIS? SI___ NO X
22. ¿Sabe usted que son LAS HEPATITIS? SI___ NO X
23. ¿Sabe usted como evitar una Infección de Transmisión sexual? condon

RIESGO ITS

24. ¿Usted considera que se ha puesto en riesgo para VIH o sífilis y otras its en algún momento? SI___ NO X ¿Por qué, cuándo y que hizo?___

25. Ha tenido relaciones sexuales con: Un hombre___ Una mujer X Ambos ____ Otro_____
26. Marque los que apliquen: Sexo oral X Sexo vaginal X
Sexo anal: Activo (Penetrador) ____ Pasivo (Receptivo)____ Ambos_____
27. ¿Ha intercambiado drogas o dinero por sexo? SI___ NO X
28. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que se inyecta drogas? SI___ NO X
29. ¿Ha usado una aguja para inyectarse drogas? SI___ NO X
30. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que tiene VIH/SIDA? SI___ NO X
31. ¿Ha usado drogas inyectables en el último año? SI___ NO X
32. ¿Ha estado en la cárcel o en la prisión? SI___ NO X
33. ¿Tiene tatuajes? SI X NO___
34. ¿Se ha puesto la vacuna de la Hepatitis B? SI___ NO X
35. ¿Cuántas pruebas de VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Sífilis ha tenido antes de hoy? # 2

EDUCACION

36. ¿Ha recibido educación en infecciones de transmisión sexual - VIH? SI___ NO X
37. ¿Ha recibido educación en uso del preservativo o condón? SI___ NO X
38. ¿Ha recibido educación en pruebas rápidas para infecciones de transmisión sexual? SI___ NO X
39. ¿sabe usted colocar y retirar adecuadamente un condón? SI X NO___
40. ¿Sabe usted que puede consultar a su Red prestadora de Servicios para solicitar pruebas para identificación de Infecciones de transmisión sexual, educación, acompañamiento y entrega de Preservativos? SI X NO___

Firma Profesional

Luis alberto calderon flores
Firma Usuario

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

ENCUESTA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

Toda información es CONFIDENCIAL y nos ayudará a identificar los servicios que necesita. Tómese unos minutos para completar esta encuesta sobre Infecciones de transmisión sexual.

Fecha: 14 octubre 2025

Nombre del Participante: Jose Edwin Correa

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

1. ¿Conoce los derechos sexuales y reproductivos? SI___ NO X
2. ¿Cuáles son?_____

POS

3. ¿Recuerda la última consulta a la que haya asistido a una Institución de salud? SI___ NO X ¿Cuando?

PAREJA SEXUAL

4. ¿Tiene pareja sexual? SI X NO___
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? SI X NO___
6. ¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? # 3
7. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales durante su vida?
   0 1 2 3 4 5 10 15 25 30 50 75 Más de 100 Respuesta: # 8

PROTECCION PARA ITS

8. ¿Usa condón en las relaciones sexuales? Siempre___ Casi siempre X A veces___ Raramente___ Nunca___
9. ¿Usa condón con parejas nuevas o parejas ocasionales? Siempre___ Casi siempre X A veces___ Raramente___ Nunca___

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL GENERALES

10. ¿Ha sufrido de Infecciones de Transmisión Sexual? SI___ NO X
11. ¿Recuerda cuál? _____
12. ¿Ha recibido tratamiento? SI___ NO___
13. ¿Hace cuánto? _____
14. ¿Le han realizado algún examen para identificar una infección de transmisión sexual? SI X NO___
15. ¿Conoce alguna infección transmisión sexual? SI___ NO X
16. ¿Sabe cómo se diagnostican? SI X NO___
17. ¿Conoce síntomas de las its? SI___ NO X
18. ¿Cómo se transmite las ITS? SI X NO___

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

19. ¿Qué medidas de prevención conoce? CONDÓN

CONOCIMIENTO DE ALGUNAS ITS

20. ¿Sabe usted que es el VIH-SIDA? SI___ NO X
21. ¿Sabe usted que es la SIFILIS? SI___ NO X
22. ¿Sabe usted que son LAS HEPATITIS? SI___ NO X
23. ¿Sabe usted como evitar una Infección de Transmisión sexual? UTILIZAR CONDÓN

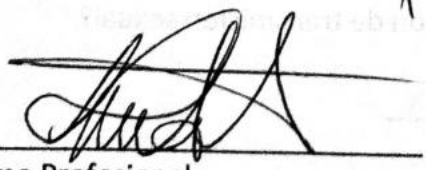
RIESGO ITS

24. ¿Usted considera que se ha puesto en riesgo para VIH o sífilis y otras its en algún momento? SI___ NO X ¿Por qué, cuándo y que hizo?___

25. Ha tenido relaciones sexuales con: Un hombre___ Una mujer X Ambos ____ Otro____
26. Marque los que apliquen: Sexo oral X Sexo vaginal X
Sexo anal: Activo (Penetrador) ____ Pasivo (Receptivo)____ Ambos_____
27. ¿Ha intercambiado drogas o dinero por sexo? SI___ NO X
28. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que se inyecta drogas? SI___ NO X
29. ¿Ha usado una aguja para inyectarse drogas? SI___ NO X
30. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que tiene VIH/SIDA? SI___ NO X
31. ¿Ha usado drogas inyectables en el último año? SI___ NO X
32. ¿Ha estado en la cárcel o en la prisión? SI___ NO X
33. ¿Tiene tatuajes? SI___ NO X
34. ¿Se ha puesto la vacuna de la Hepatitis B? SI___ NO X
35. ¿Cuántas pruebas de VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Sífilis ha tenido antes de hoy? # 0

EDUCACION

36. ¿Ha recibido educación en infecciones de transmisión sexual - VIH? SI___ NO X
37. ¿Ha recibido educación en uso del preservativo o condón? SI___ NO X
38. ¿Ha recibido educación en pruebas rápidas para infecciones de transmisión sexual? SI___ NO X
39. ¿sabe usted colocar y retirar adecuadamente un condón? SI X NO___
40. ¿Sabe usted que puede consultar a su Red prestadora de Servicios para solicitar pruebas para identificación de Infecciones de transmisión sexual, educación, acompañamiento y entrega de Preservativos? SI___ NO X



Firma Profesional

Jose edwin Correa

Firma Usuario

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

ENCUESTA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

Toda información es CONFIDENCIAL y nos ayudará a identificar los servicios que necesita. Tómese unos minutos para completar esta encuesta sobre Infecciones de transmisión sexual.

Fecha: 14 octubre 2025

Nombre del Participante: Agustin San Pedro

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

1. ¿Conoce los derechos sexuales y reproductivos? SI___ NO X
2. ¿Cuáles son? _____

POS

3. ¿Recuerda la última consulta a la que haya asistido a una Institución de salud? SI X NO___ ¿Cuando? 1 año

PAREJA SEXUAL

4. ¿Tiene pareja sexual? SI X NO___
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? SI X NO___
6. ¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? # 1
7. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales durante su vida?
   0 1 2 3 4 5 10 15 25 30 50 75 Más de 100 Respuesta: # 4

PROTECCION PARA ITS

8. ¿Usa condón en las relaciones sexuales? Siempre___ Casi siempre___ A veces___ Raramente___ Nunca X
9. ¿Usa condón con parejas nuevas o parejas ocasionales? Siempre___ Casi siempre___ A veces___ Raramente X Nunca___

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL GENERALES

10. ¿Ha sufrido de Infecciones de Transmisión Sexual? SI___ NO X
11. ¿Recuerda cuál? _____
12. ¿Ha recibido tratamiento? SI___ NO___
13. ¿Hace cuánto? _____
14. ¿Le han realizado algún examen para identificar una infección de transmisión sexual? SI___ NO X
15. ¿Conoce alguna infección transmisión sexual? SI___ NO X
16. ¿Sabe cómo se diagnostican? SI___ NO X
17. ¿Conoce síntomas de las its? SI___ NO X
18. ¿Cómo se transmite las ITS? SI___ NO X

19. ¿Qué medidas de prevención conoce? No sé

CONOCIMIENTO DE ALGUNAS ITS

20. ¿Sabe usted que es el VIH-SIDA? SI___ NO X
21. ¿Sabe usted que es la SIFILIS? SI___ NO X
22. ¿Sabe usted que son LAS HEPATITIS? SI___ NO X
23. ¿Sabe usted como evitar una Infección de Transmisión sexual? No sé

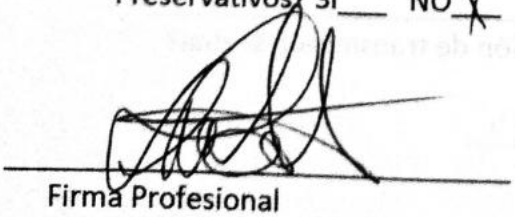
RIESGO ITS

24. ¿Usted considera que se ha puesto en riesgo para VIH o sífilis y otras its en algún momento? SI___ NO X ¿Por qué, cuándo y que hizo?

25. Ha tenido relaciones sexuales con: Un hombre___ Una mujer X Ambos ____ Otro_____
26. Marque los que apliquen: Sexo oral X Sexo vaginal X
Sexo anal: Activo (Penetrador) ____ Pasivo (Receptivo)____ Ambos_____
27. ¿Ha intercambiado drogas o dinero por sexo? SI___ NO X
28. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que se inyecta drogas? SI___ NO X
29. ¿Ha usado una aguja para inyectarse drogas? SI___ NO X
30. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que tiene VIH/SIDA? SI___ NO X
31. ¿Ha usado drogas inyectables en el último año? SI___ NO X
32. ¿Ha estado en la cárcel o en la prisión? SI___ NO X
33. ¿Tiene tatuajes? SI___ NO X
34. ¿Se ha puesto la vacuna de la Hepatitis B? SI___ NO X
35. ¿Cuántas pruebas de VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Sífilis ha tenido antes de hoy? # 0

EDUCACION

36. ¿Ha recibido educación en infecciones de transmisión sexual - VIH? SI___ NO X
37. ¿Ha recibido educación en uso del preservativo o condón? SI___ NO X
38. ¿Ha recibido educación en pruebas rápidas para infecciones de transmisión sexual? SI___ NO X
39. ¿sabe usted colocar y retirar adecuadamente un condón? SI X NO___
40. ¿Sabe usted que puede consultar a su Red prestadora de Servicios para solicitar pruebas para identificación de Infecciones de transmisión sexual, educación, acompañamiento y entrega de Preservativos? SI___ NO X



Firma Profesional

Agustin S Torres

Firma Usuario

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

ENCUESTA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

Toda información es CONFIDENCIAL y nos ayudará a identificar los servicios que necesita. Tómese unos minutos para completar esta encuesta sobre Infecciones de transmisión sexual.

Fecha: 14 Octubre 2025

Nombre del Participante: Oscar Castro Ospina

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

1. ¿Conoce los derechos sexuales y reproductivos? SI___ NO✓
2. ¿Cuáles son?_____

POS

3. ¿Recuerda la última consulta a la que haya asistido a una Institución de salud? SI✓ NO___ ¿Cuando? 4 meses

PAREJA SEXUAL

4. ¿Tiene pareja sexual? SI✓ NO___
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? SI✓ NO___
6. ¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? #1
7. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales durante su vida? 0 1 2 3 4 5 10 15 25 30 50 75 Más de 100 Respuesta: #4

PROTECCION PARA ITS

8. ¿Usa condón en las relaciones sexuales? Siempre___ Casi siempre____ A veces✓ Raramente___ Nunca____
9. ¿Usa condón con parejas nuevas o parejas ocasionales? Siempre___ Casi siempre____ A veces___ Raramente✓ Nunca____

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL GENERALES

10. ¿Ha sufrido de Infecciones de Transmisión Sexual? SI___ NO✓
11. ¿Recuerda cuál?_____
12. ¿Ha recibido tratamiento? SI___ NO___
13. ¿Hace cuánto?_____
14. ¿Le han realizado algún examen para identificar una infección de transmisión sexual? SI___ NO✓
15. ¿Conoce alguna infección transmisión sexual? SI___ NO✓
16. ¿Sabe cómo se diagnostican? SI✓ NO___
17. ¿Conoce síntomas de las its? SI___ NO✓
18. ¿Cómo se transmite las ITS? SI___ NO✓

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC HERRAMIENTA DIAGNOSTICA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA HSR

19. ¿Qué medidas de prevención conoce? con el uso del condón

CONOCIMIENTO DE ALGUNAS ITS

20. ¿Sabe usted que es el VIH-SIDA? SI___ NO✓
21. ¿Sabe usted que es la SIFILIS? SI___ NO✓
22. ¿Sabe usted que son LAS HEPATITIS? SI___ NO✓
23. ¿Sabe usted como evitar una Infección de Transmisión sexual? con el condon

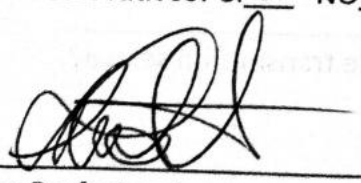
RIESGO ITS

24. ¿Usted considera que se ha puesto en riesgo para VIH o sífilis y otras its en algún momento? SI___ NO✓ ¿Por qué, cuándo y que hizo?___

25. Ha tenido relaciones sexuales con: Un hombre___ Una mujer✓ Ambos ____ Otro_____
26. Marque los que apliquen: Sexo oral✓ Sexo vaginal✓
Sexo anal: Activo (Penetrador) ____ Pasivo (Receptivo)____ Ambos_____
27. ¿Ha intercambiado drogas o dinero por sexo? SI___ NO✓
28. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que se inyecta drogas? SI___ NO✓
29. ¿Ha usado una aguja para inyectarse drogas? SI___ NO✓
30. ¿Ha tenido sexo con alguien que usted sabe que tiene VIH/SIDA? SI___ NO✓
31. ¿Ha usado drogas inyectables en el último año? SI___ NO✓
32. ¿Ha estado en la cárcel o en la prisión? SI___ NO✓
33. ¿Tiene tatuajes? SI✓ NO___
34. ¿Se ha puesto la vacuna de la Hepatitis B? SI___ NO✓
35. ¿Cuántas pruebas de VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Sífilis ha tenido antes de hoy? #3

EDUCACION

36. ¿Ha recibido educación en infecciones de transmisión sexual - VIH? SI___ NO✓
37. ¿Ha recibido educación en uso del preservativo o condón? SI___ NO✓
38. ¿Ha recibido educación en pruebas rápidas para infecciones de transmisión sexual? SI___ NO✓
39. ¿sabe usted colocar y retirar adecuadamente un condón? SI✓ NO___
40. ¿Sabe usted que puede consultar a su Red prestadora de Servicios para solicitar pruebas para identificación de Infecciones de transmisión sexual, educación, acompañamiento y entrega de Preservativos? SI✓ NO___



Firma Profesional

Cesar Castro G.

Firma Usuario