

Formulario de notificación asistida a contactos de personas con VIH

Fecha: _____ Identidad: _____ Nombre de Caso índice: _____ No. Expediente: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Edad: _____ Teléfono: _____ ES donde se realizó el diagnóstico: _____ Diagnóstico nuevo: <input type="checkbox"/> Diagnóstico conocido: <input type="checkbox"/> Fecha del diagnóstico: ____/____/____	Resultado de prueba de incidencia Reciente <input type="checkbox"/> Largo termino <input type="checkbox"/> No clasificable <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____	Acepta la Notificación Asistida a Contactos: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Firma o huella: _____ Por qué no: Temor a que sus contactos sexuales se enteren que tiene VIH <input type="checkbox"/> Miedo a violencia de parte de sus contactos <input type="checkbox"/> Contacto conocido VIH <input type="checkbox"/> Contacto vive en otro país <input type="checkbox"/> No está interesado <input type="checkbox"/> Estigma y discriminación en el establecimiento <input type="checkbox"/> No confía en el proveedor de servicios <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--	---

Nombre del contacto: _____ No Sexual: Edad: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Persona con la que compartió agujas <input type="checkbox"/> Sexual: Edad: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Contacto: Casual <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Evaluación de violencia: No aplica: <input type="checkbox"/> Alguna vez: Le ha ocasionado daño físico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Le ha agredido verbalmente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Le ha agredido sexualmente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conoce el estado serológico para VIH de su contacto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No responde <input type="checkbox"/> Si marco Sí, cual es el diagnóstico de VIH de su contacto: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> La pareja está recibiendo TAR (si es VIH+) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No responde <input type="checkbox"/> Tipo de modalidad seleccionada: Por caso índice <input type="checkbox"/> Por proveedor <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Dual <input type="checkbox"/> Teléfono: _____ Registro de fechas para contactar: _____; _____; _____; _____; Notificación exitosa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del contacto: _____ No Sexual: Edad: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Persona con la que compartió agujas <input type="checkbox"/> Sexual: Edad: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Contacto: Casual <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Evaluación de violencia: No aplica: <input type="checkbox"/> Alguna vez: Le ha ocasionado daño físico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Le ha agredido verbalmente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Le ha agredido sexualmente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conoce el estado serológico para VIH de su contacto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No responde <input type="checkbox"/> Si marco Sí, cual es el diagnóstico de VIH de su contacto: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> La pareja está recibiendo TAR (si es VIH+) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No responde <input type="checkbox"/> Tipo de modalidad seleccionada: Por caso índice <input type="checkbox"/> Por proveedor <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Dual <input type="checkbox"/> Teléfono: _____ Registro de fechas para contactar: _____; _____; _____; _____; Notificación exitosa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del contacto: _____ No Sexual: Edad: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Persona con la que compartió agujas <input type="checkbox"/> Sexual: Edad: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Contacto: Casual <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Evaluación de violencia: No aplica: <input type="checkbox"/> Alguna vez: Le ha ocasionado daño físico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Le ha agredido verbalmente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Le ha agredido sexualmente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conoce el estado serológico para VIH de su contacto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No responde <input type="checkbox"/> Si marco Sí, cual es el diagnóstico de VIH de su contacto: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> La pareja está recibiendo TAR (si es VIH+) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No responde <input type="checkbox"/> Tipo de modalidad seleccionada: Por caso índice <input type="checkbox"/> Por proveedor <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Dual <input type="checkbox"/> Teléfono: _____ Registro de fechas para contactar: _____; _____; _____; _____; Notificación exitosa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Se vinculó al contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado de Notificación Asistida a Contactos: Contacto aceptó realizarse la prueba de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Contacto es diagnóstico conocido de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro: _____ Resultado de la prueba de VIH: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Resultado de la prueba de incidencia: Reciente <input type="checkbox"/> Largo término <input type="checkbox"/> No clasificable <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____	¿Se vinculó al contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado de Notificación Asistida a Contactos: Contacto aceptó realizarse la prueba de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Contacto es diagnóstico conocido de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro: _____ Resultado de la prueba de VIH: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Resultado de la prueba de incidencia: Reciente <input type="checkbox"/> Largo término <input type="checkbox"/> No clasificable <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____	¿Se vinculó al contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado de Notificación Asistida a Contactos: Contacto aceptó realizarse la prueba de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Contacto es diagnóstico conocido de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro: _____ Resultado de la prueba de VIH: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Resultado de la prueba de incidencia: Reciente <input type="checkbox"/> Largo término <input type="checkbox"/> No clasificable <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____

Me han explicado la información de los servicios de notificación asistida a contactos, incluyendo los riesgos, beneficios y marco legal que contempla esta actividad. El personal de salud escuchó mis preguntas y aclaró mis dudas. Comprendo que es mi decisión y responsabilidad participar o no, que puedo rechazar dichos servicios en cualquier momento y no estoy renunciando a ningún derecho.

Nombre del proveedor de salud: _____ Firma o huella de la persona caso índice: _____	Firma del proveedor de salud: _____
---	--