

1. ESTABLECIMIENTO INFORMANTE

1.1 Fecha:

Día

Mes

Año

1.2 Código del Establecimiento:

1.3 Nombre del Establecimiento:

1.4 Región:

1.5 Tipo de proveedor:

a) Público☐ b) No Público☐

1.6 Gestor:

a) Centralizado☐ b) Descentralizado☐

1.7 Nombre del Responsable del llenado

2. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

2.1 Nombres y Apellidos:

a) Primer nombre

b) Segundo nombre

c) Primer apellido

d) Segundo apellido

2.2 Fecha de Nacimiento:

Día

Mes

Año

2.3 Edad:

☐Días

☐Meses

☐Años

Población Pedidrica

2.4 Sexo:

a) Hombre☐ b) Mujer☐

2.5 No. Identidad:

2.6 CUI-T:

2.7 Pasaporte o Carnet de Residencia o No. Identificación:

2.8 Nacionalidad:

a. Tiempo de residir en Honduras:

Años

Meses

Días

2.9 ¿A que grupo étnico pertenece?:(autodefinición)

a) Mestizo☐

c) Pech☐

e) Maya/Chortí☐

g) Tolupán☐

i) Tawaka☐

k) Otro☐

b) Negro inglés☐

d) Lenca☐

f) Garífuna☐

h) Misquito☐

j) Nahua☐

Especifique: _____

2.10 Estado Civil:

Soltero☐ Casado☐

2.11 Escolaridad:

2.12 Ocupación

2.13 Dirección Permanente (Residencia Actual)

a) Departamento:

b) Municipio:

c) Aldea:

d) Caserío:

e) Barrio o Colonia:

f) Calle/ Avenida

g) Bloque/ N°de casa:

h) Otras referencias:

2.14 Zona:

Urbana☐ Rural☐

2.15 ¿Tiene hijos/as menores de 5 años?

Si☐ No☐

2.16 ¿Cuántos hijos/ as menores de 5 años tiene?:

3. FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD

3.1 ¿Ha tenido relaciones sexuales con?:

Hombres☐ Mujeres☐ Ambos☐

3.2 No. de Parejas Sexuales en los últimos 12 meses:

Hombres Mujeres

3.3 ¿Cómo define su orientación sexual?:

Heterosexual☐ Homosexual☐ Bisexual☐ Otro, especifique: _____

3.4 ¿Cómo define su identidad de genero?

Travesti☐ Transgenero☐ Transexual☐

3.5 ¿Ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses?

Si☐ No☐

3.6 ¿Se considera trabajador/a Sexual

Si☐ No☐

3.7 ¿Ha sufrido abuso sexual en los últimos 12 meses?

Si☐ No☐

3.8 ¿Es Privado de Libertad? a) Centro Penitenciario:

Si☐ No☐

b) Tiempo de encontrarse privado de libertad:

Años

Meses

Días

3.9 ¿Ha recibido transfusión sanguínea y/o hemoderivados en los últimos 12 meses?

Si☐ No☐

a) Fecha:

Día

Mes

Año

3.10 ¿Ha recibido algún trasplante de órganos o tejidos en los últimos 12 meses?

Si☐ No☐

a) Fecha:

Día

Mes

Año

3.11 ¿Ha utilizado drogas ilícitas inyectables en los últimos 12 meses?

Si☐ No☐

3.12 ¿Esta expuesto a riesgo ocupacional en los últimos 12 meses?

Si☐ No☐

3.13 ¿Tuvo alguna ITS/Síndrome de ITS en los últimos 12 meses?

Si☐ No☐

3.14 ¿Tiene una ITS/Síndrome de ITS actualmente?

Si☐ No☐

a. Especifique cuál o cuales ITS

Solo para mujeres

Solo para menores de 15 años

3.15 ¿Esta Embarazada Actualmente?

Si☐ No☐

a.Fecha de Ultima Menstruacion (FUM) :

Día

Mes

Año

b. Semanas de Gestación

3.16 ¿Es hijo/a de madre con VIH?

Si☐ No☐

a. Factor de riesgo desconocido

4. ANTECEDENTES DE PRUEBA VIH

4.1 ¿Se ha hecho la prueba del VIH?

Si☐ No☐

a. Nombre del Establecimiento donde se realizó la prueba:

b. Fecha de la última Prueba

Día

Mes

Año

c) ¿Cuál fue el resultado:.....

Negativo☐ Positivo☐ No sabe☐

d. Nombre del laboratorio o establecimiento de salud:

5.SIGNOS, SÍNTOMAS Y/O ENFERMEDADES

5.1 Adulto

5.2 Niño/a (menor de 15 años)

A. Disminución de Peso (≥ 10%)☐

B. Diarrea Crónica (≥ 1 mes)☐

C. Fiebre Prolongada (≥ 1 mes)☐

D. Candidiasis Oral (persistente o recurrente)☐

E. Neumonía (1 episodio)☐

F. Anemia (Hb < 8 g/dl)☐

G. Úlcera con Vesícula por Herpes Simple (≥ 1 mes)☐

H. Tuberculosis pulmonar*☐

I. Displasia moderada/ severa CA in situ o CA Invasor de cérvix*☐

J. Tuberculosis Extrapulmonar*☐

K. Histoplasmosis Diseminada*☐

L. Toxoplasmosis Cerebral*☐

M. Criptococosis Extrapulmonar*☐

*Patologías definitorias de SIDA

J-K-L-M Solo para llenado en Hospitales

A. Diarrea Crónica (≥ 1 mes)☐

B. Fiebre Prolongada (≥ 1 mes)☐

C. Anemia (Hb < 8 g/dl)☐

D. Candidiasis Oral (persistente o recurrente)☐

E. Neumonía (2 episodios en 6 meses)☐

F. Úlcera con vesícula por Herpes simple (≥ 1 mes)²☐

G. Infecciones bacterianas graves, múltiples o recurrentes*☐

H. Tuberculosis Extrapulmonar o disemina*☐

I. Citomegalovirus☐

J. Encefalopatía*☐

G-H-I-J Solo para llenado en Hospitales

5.3 Otros signos o patologías asociadas al VIH:

6. RESULTADO DE PRUEBA VIH

6.1 Diagnostico de VIH confirmado por laboratorio:

a.Nombre de establecimiento o institución que realizó la prueba:

b. Tipo de Laboratorio

Público☐ Privado☐

Establecimiento:

6.2 CLASIFICACION DE LA INFECCION POR VIH:

a. Caso Asintomático de VIH: ☐

b. Caso de Infección Avanzada por VIH: ☐

c. Caso de SIDA: ☐