

CUESTIONARIO DRIVE03

	Edad <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>											0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Sexo <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;">V</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">H</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>	V		H		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																		
V		H																									
Pruebas	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">VHC</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">P</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">VIH</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">P</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N</td> </tr> </table>	VHC	P	N	VIH	P	N	Etiqueta																			
VHC	P	N	VIH	P	N																						
Zona																											
Europa Occidental	Europa Este	Sudamérica	Asia	África	Otros																						

Nivel de estudios

Sin estudios	Básicos	Medios	Universitarios
--------------	---------	--------	----------------

		Sí	No
1	¿Ha tenido/Tiene relaciones sexuales en los últimos 30 años que hayan comportado algún riesgo para adquirir la infección por VIH/sida? Sólo se considera seguro una pareja cerrada o si siempre se usa preservativo		
2	¿Ha tenido/tiene pareja con infección por VIH o VHC?		
3	¿Ha tenido/tiene relaciones homosexuales?		
4	¿Le han transfundido alguna vez antes de 1990?		
5	¿Ha utilizado/utiliza drogas ilícitas por vía intravenosa?		
6	¿Cree que ha podido tener algún riesgo para adquirir la infección por VIH/VHC por exposición?		

Señale si ha tenido o tiene:

7	Infección de transmisión sexual (sífilis, Gonorrea, uretritis chlamydia, herpes, linfogranuloma)		
8	Linfoma		
9	Cáncer o displasia anal/cervical		
10	Herpes Zóster		
11	Hepatitis B/C o enfermedad hepática no explicada		
12	Síndrome Mononucleósido		
13	Trombopenia/Linfopenia inexplicada		
14	Dermatitis Seborreica		
15	Fiebre no explicada		
16	Candidiasis oral o vaginal de repetición sin toma de antibióticos		
17	Leucoplasia vellosa oral		
18	Diarrea prolongada (>3 meses) no explicada		
19	Pérdida de peso no explicada		
20	Tuberculosis		
21	Neumonía		
22	¿Se ha realizado el test de VIH en los dos últimos años?		
23	¿Ha acudido a algún centro sanitario en los dos últimos años? Marque cuál		

Urgencias	Médico Cabecera	Especialistas	Médico del trabajo
-----------	-----------------	---------------	--------------------

Rellenar huecos tanto como sea posible

