

Staff Only:

Administrator: _____
Venue: _____
Card #: _____
Date: _____



2011 Needs Assessment Consumer Survey

BARRIERS

1. The services are not in my area.
2. I don't know where to get the services.
3. I don't know how to get the services.
4. I would have to wait too long to get the services.
5. The services cost too much.
6. I was told I am not eligible for this service.
7. I don't think I'm eligible to get the services.
8. The people who run the services are not friendly.
9. It's hard to make or keep appointments.
10. It's hard for me to get there.
11. I had problems with paperwork.
12. There is no one to watch my kids if I go there.
13. I'm not ready to face my HIV status.
14. I'm afraid someone will find out about my HIV.
15. People at the agency don't speak my language.
16. My jail/prison history makes it hard to get services.
17. Other: _____

First, we'll ask you about services that are related to HIV/AIDS medical care

Service	In the past 12 months, did you have any difficulty getting this service?	If you had difficulty getting this service, please tell us why (Use the list on the yellow sheet to write in the appropriate response number. If your difficulty is not listed, then please describe it below)
Medical care visits with a doctor, nurse or physician assistant (PA) for HIV	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____
Help getting HIV/AIDS or other medications (other than those you get through the State ADAP program)	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____
Dentist visits	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____
Case Management services at your clinic that help you with medical care and other treatment needs	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____
Medical Nutritional Therapy, Nutritional Counseling (nutrition-related services ordered by a doctor)	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____
Outpatient alcohol or drug abuse treatment services	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____
Professional Mental Health Counseling	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____
Hospice Services	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____
Home Health Care (a Nurse or licensed Home Health Aide who gives you IV therapy or other medical services in your home)	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____

SERVICES

1. **Child Care Services**
2. **Child Welfare Services**
(parenting education, foster care, child placement assistance, parental rights, juvenile court, CPS)
3. **Day/Respite Care for Adults**
4. **Developmental Assessment**
(assistance for affected infants and children in relation to the educational system)
5. **Emergency Financial Assistance** (short term assistance with utilities, food, housing)
6. **Employment Assistance**
(i.e., finding or keeping a job)
7. **Food Bank**
8. **HIV Education for HIV Positive Individuals**
9. **Rental Assistance, Shelter Vouchers**
10. **Housing-Related Services**
(help with finding housing and housing information)
11. **Legal Services**
(non-criminal services)
12. **Permanency Planning**
(wills)
13. **Referrals to Services**
14. **Referral to Clinical Research**
15. **Support Groups**
16. **Translation/Interpretation**
17. **Transportation**
(van transportation, bus passes, gas vouchers, taxi vouchers)
18. **Household Items**
19. **Other:** _____

From the list on the yellow sheet, what are the FIVE (5) services that you think are most important in helping you cope with HIV/AIDS-related health issues?

Service	In the past 12 months, did you have any difficulty getting this service?	If you had difficulty getting this service, please tell us why <i>(Use the list on the yellow sheet to write in the appropriate response number. If your difficulty is not listed, then please describe it below)</i>
	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____
	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____
	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____
	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____
	<input type="checkbox"/> I did not need this service <input type="checkbox"/> It was very easy to get this service <input type="checkbox"/> I had some difficulty getting this service	Barrier(s): _____ Other: _____

1. When were you diagnosed with HIV? (month/year) _____
2. Where did you receive your HIV diagnosis? Please give the name or type of agency (for example, The Green Clinic, Jones Hospital, doctor's office, jail/prison, etc). _____
3. Why were you tested for HIV? (Choose all that apply)
 - A doctor or nurse recommended it I felt sick Part of a routine check-up
 - I had sex with someone who was HIV+ I engaged in risky behavior During pregnancy care
 - I was in the emergency room/hospital I was in prison or jail Other: _____
4. When you received your diagnosis, did someone at the testing site help you get any of the following services? (Choose all that apply)
 - Information about HIV/AIDS Counseling I don't know/don't remember
 - Medical services Help with food or shelter Other: _____
 - Alcohol or drug treatment services I did not receive any information

Services

5. After you were diagnosed with HIV, how much time passed before you saw a doctor for HIV?
 - Less than 1 month Between 6-12 months I have never seen a doctor for HIV
 - Between 1-6 months More than 12 months
6. If you waited more than 6 months before seeing a doctor for HIV, what were the reasons? (Choose all that apply)
 - I was afraid I didn't want to believe I was infected I didn't know how to get the services
 - I didn't feel sick I didn't want to take any medications I was depressed or had emotional problems
 - I was in jail/prison I didn't have the money I didn't have a stable place to live
 - I was doing drugs I didn't know where to get the services Other: _____
7. After you were diagnosed with HIV, how much time passed before you had a CD4 or viral load test?
 - Less than 1 month Between 6-12 months I have never had a CD4 or viral load test
 - Between 1-6 months More than 12 months I don't know/don't remember
8. If you waited more than 6 months before having a CD4 or viral load test, what were the reasons?
(Choose all that apply)
 - I was afraid I didn't want to believe I was infected I didn't know how to get the services
 - I didn't feel sick I didn't want to take any medications I was depressed or had emotional problems
 - I was in jail/prison I didn't have the money I didn't have a stable place to live
 - I was doing drugs I didn't know where to get the services Other: _____
9. After you first saw a medical provider for HIV, was there ever a time that you stopped going to the doctor for more than 6 months? Yes No
If YES, was there ever a time you stopped going to a doctor for more than 12 months? Yes No
If you ever stopped seeing a doctor for more than 6 or 12 months, what were the reasons? (Check all that apply)

- Case manager left Did not want to take medications Tired of regimen, wanted to take a break
- Doctor left Bad experience with provider Felt fine, wasn't sick, no symptoms
- I could not take time off work Lost stable housing Worried about side effects from medications
- Doing drugs, relapsed Lost my job Denial – didn't want to believe I was infected
- Program closed down Lost health insurance Other: _____

10. Where was the first place you received care from a doctor for HIV? Please give the name or type of agency (for example, *The Green Clinic, hospital, doctor's office, jail/prison, etc.*) _____
11. Where do you receive medical care most often? Please give the name or type of agency (for example, *The Green Clinic, hospital, doctor's office, jail/prison, etc.*) _____
12. In the past 6 months, have you gone to an emergency room because you felt sick? Yes No
13. Is there a Case Manager, social worker or counselor (a specific person at a clinic, hospital or community organization) whose job it is to help you get services? Yes No Don't Know

HIV/AIDS Medications

14. Are you currently taking anti-retroviral medicine for HIV? No Yes
- a. If Yes, how many pills do you take in one day for HIV? _____
15. If you are currently taking meds, which of the following best describes you during the past month? (Choose all that apply)
- I have not missed any doses in the past month I took about half of my doses
 - I have missed a few doses in the last month, but took nearly all my doses I took some of my doses, but not half
 - I took more than half of my doses, but not nearly all Other: _____
16. If you have taken HIV medications, did you ever stop taking them because you felt bad side effects? (i.e., problems that happen to your body or mind because of a treatment). Yes No
- 16a. If Yes, what did you think were the side effects that made you stop taking HIV medications? _____
17. Has a nurse, doctor or case manager talked to you about staying on schedule with your HIV medicine? Yes No
18. If you are not currently taking HIV medications, what are the reasons? (Choose all that apply)
- I don't want unpleasant side effects My doctor did not think it was a good idea for me
 - They were not effective for me T-cell count too high / still too healthy
 - They were too difficult to take as prescribed Cannot pay for meds / don't have insurance for them
 - No doctor has ever offered them to me I don't want anyone to know I'm taking HIV medications
 - I choose not to take them Other: _____
 - I didn't have the correct food to take with the medications.

Non-HIV/AIDS Medications

19. How many non-HIV pills do you take in one day for conditions other than HIV? _____
20. Are you taking medicine for any of the following non-HIV conditions? (Choose all that apply)
- Diabetes High blood pressure High cholesterol Depression, emotional problems Other: _____
21. How often do you have trouble paying for these or other non-HIV medications?
- Never Less than half the time More than half the time Always

Health Status

22. How would you describe your health overall? Excellent Good Fair Poor

23. During the past month, has your physical health or emotional problems interfered with your normal social activities with family, friends, neighbors or groups? No Yes, some of the time Yes, all of the time
24. In the past 3 days, how many meals did you miss because you didn't have enough food? _____
25. Are you aware of services that will help you get food? (i.e., food pantry, church, etc) Yes No
26. Is it difficult for you to get assistance with food? It is difficult It is easy I don't need assistance with food
27. When was the last time you saw a doctor, nurse, nurse practitioner or physician assistant (PA) for HIV?
 Within the last 6 months Between 6-12 months More than 1 year Never/Don't Know
28. When was the last time you were prescribed medicine for HIV?
 Within the last 6 months Between 6-12 months More than 1 year Never/Don't Know
29. When was the last time you had a viral load test?
 Within the last 6 months Between 6-12 months More than 1 year Never/Don't Know
30. What is your viral load now?
 Detectable Undetectable Don't know/can't remember
31. When was the last time you had a CD4 or T-Cell test?
 Within the last 6 months Between 6-12 months More than 1 year Never/Don't Know
32. What is your CD4 or t-cell count now?
 Less than 50 50-199 200-499 More than 500 I can't remember I've never received care for HIV
33. When you first started getting care for HIV, what was your CD4 or t-cell count?
 Less than 50 50-199 200-499 More than 500 I can't remember I've never received care for HIV
34. Since you were diagnosed with HIV, have you been tested for Hepatitis C? Yes No Don't Know
35. Are you currently positive for Hepatitis C? Yes No Don't Know
36. Have you had a skin test for TB? No Yes → If Yes, what was the result? Positive Negative Don't Know
37. Have you ever been told that you have active TB? Yes No Don't Know
(If you had active TB, you would have been treated with 4 or 5 different TB medicines for a couple months (about 10 pills per day) and 2 or 3 medicines for another 4 months).

Mental Health

38. In the past month, have you been troubled by any of the following? (Choose all that apply)
 Anxiety or tension Wanting to hurt yourself Psychiatric or emotional problems requiring medication
 Hallucinations Trouble controlling your anger None of the above
39. Since being diagnosed with HIV, have you talked to a counselor, therapist or psychologist for help with depression, anxiety or emotional problems? Yes No
40. Since being diagnosed with HIV, have you talked to a doctor or psychiatrist for medications to treat depression, anxiety or emotional problems? Yes No

41. Since being diagnosed with HIV, have you participated in a structured therapy group for your mental health?

Yes No

Social Support

42. Where do you get social support for living with HIV? (Choose all that apply)

- HIV+ people that I meet at a clinic Doctors, nurses, clinic staff Internet None / I don't have any social support
 HIV+ people that I meet someplace other than a clinic Family Other: _____

Substance Use

43. Within the past year, have you used any of the following substances? (Choose all that apply)

Amphetamines (<i>crystal meth, speed</i>)	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Every day or almost every day	<input type="checkbox"/> Once a week	<input type="checkbox"/> Once a month	<input type="checkbox"/> Few times a year
Marijuana (<i>pot, grass, weed</i>)	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Every day or almost every day	<input type="checkbox"/> Once a week	<input type="checkbox"/> Once a month	<input type="checkbox"/> Few times a year
Cocaine (<i>powder</i>), Crack	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Every day or almost every day	<input type="checkbox"/> Once a week	<input type="checkbox"/> Once a month	<input type="checkbox"/> Few times a year
Prescription drugs that were not prescribed to you (<i>Xanax, vicodin, hydrocodone, oxycontin</i>)	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Every day or almost every day	<input type="checkbox"/> Once a week	<input type="checkbox"/> Once a month	<input type="checkbox"/> Few times a year
Prescription drugs that were prescribed to you, but you used differently than intended (<i>Xanax, vicodin, hydrocodone, oxycontin</i>)	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Every day or almost every day	<input type="checkbox"/> Once a week	<input type="checkbox"/> Once a month	<input type="checkbox"/> Few times a year
Other: _____	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Every day or almost every day	<input type="checkbox"/> Once a week	<input type="checkbox"/> Once a month	<input type="checkbox"/> Few times a year
<input type="checkbox"/> None of the above					

44. In the last year, did you ever drink alcohol more than you meant to? Yes No

45. In the last year, did you ever feel you wanted or needed to cut down on your alcohol drinking? Yes No

46. In the last year, did you ever use drugs more than you meant to? Yes No

47. In the last year, did you ever feel you wanted or needed to cut down on your drug use? Yes No

Housing

48. Where do you most often sleep? Apartment/House Group home/halfway house Shelter Street Other: _____

49. Do you feel your housing situation is stable? Yes No

50. In the past year, has your housing situation made it difficult for you to get HIV care? Yes No

a. If yes, what were those difficulties? (Choose all that apply)

- I could not keep my HIV status private I had to use my money for rent
 I didn't have a place to store my medications I had to use my money for utilities Other: _____
 I had to use my money for food I had to use my money for household supplies

Financial Resources

51. What is your job status?

- Full time job, more than 30 hrs/week Temp/contract/odd jobs Unemployed
 Part time job Not working due to disability Retired

52. During the past 6 months, what has been your individual average monthly income? _____
53. How many people, including you, depend on this income? _____ Of these, how many are children under 18? _____
54. During the past 6 months, what income or assistance have you been receiving? (Choose all that apply)
- None SSDI Food stamps Unemployment
 - Hourly wages/Salary Social Security Rental subsidy/Section 8 Private disability Other: _____
 - SSI TANF/AFDC Workers Comp VA benefits
55. Do you have private insurance? Yes No
56. How do you pay for your medical care?
- I don't receive medical care because I can't pay for it VA Medicare Gold Card/County
 - Private insurance or COBRA Medicaid Self-pay Other: _____
57. If you had private health insurance during the past year, did you know that assistance with copays, deductibles and premiums was available? Yes No
58. Have you had any difficulty getting assistance paying for health insurance costs? (Choose all that apply)
- Case manager left Did not want to take medications Tired of regimen, wanted to take a break
 - Doctor left Bad experience with provider Felt fine, wasn't sick, no symptoms
 - I could not take time off work Lost stable housing Worried about side effects from medications
 - Doing drugs, relapsed Lost my job Denial – didn't want to believe I was infected
 - Program closed down Lost health insurance Other: _____

Demographics

59. What zip code do you live in? _____
60. What is your gender? Male Female Transgender – Male to Female Transgender – Female to Male Intersex
61. If you are female, are you currently pregnant? Yes No Don't Know
62. How old are you? _____
63. Are you of Hispanic origin? Yes No
64. What is your race/ethnicity?
- White Asian American Indian or Alaska Native Other: _____
 - Black/African American Multi racial Native Hawaiian or Other Pacific Islander
65. How do you identify yourself? Straight/Heterosexual Gay/Lesbian Bisexual Undecided Prefer not to say
66. What language are you most comfortable speaking at home, or with family and friends? _____
67. What language are you most comfortable speaking when you see a doctor? _____
68. Were you born in the United States? Yes No → What year did you come to the US? _____
69. What is your immigration status?
- Citizen Permanent Resident Visa (student, work, tourist, etc) Prefer not to say Other: _____

70. What is the highest level of education you have completed?

- Less than high school High school degree/GED Some technical training Some College College degree Graduate/professional degree None

71. During the past year, have you been released from jail or prison? Yes No

Risk Behaviors

72. What is the gender of your sex partners? (Choose all that apply)

- Male Female Transgender (Male to Female) Transgender (Female to Male) Intersex

73. What is the HIV status of your main sex partner?

- I do not have a main sex partner HIV positive HIV negative I don't know Prefer not to say

74. When was the last time you had sex with another person?

- This week This month Within the past 6 months Within the past year More than 1 year ago

75. Has anyone talked to you about how to protect yourself from being re-infected with another strain of HIV? Yes No

76. Do you think it's likely you could be infected with another strain of HIV? Yes No

77. In the last 6 months, with about how many people did you have sex? _____ (if none, skip to #81)

78. In the past 6 months, did you exchange sex for drugs or money? Yes No Prefer not to say

79. In the last 6 months, how many times did you have sex with people whose names you didn't know? _____

80. In the last 30 days, have you had sex with someone whose HIV status you didn't know? Yes No

81. What kind of sex did you have the last time you had sex? (Check all that apply)

- Insertive Anal (top) Receptive Anal (bottom) Versatile (Both top & bottom)
 Receiving Oral Sex Giving Oral Sex Vaginal

82. Who was your last sexual partner?

- Friend Partner/Husband/Wife Internet hook-up
 Boyfriend/Girlfriend Bar hook-up Other: _____

83. Did you use a condom or protective barrier the last time you had sex? Yes No I don't know
If you didn't use a condom or barrier, why not? _____

84. How often do you use condoms or other protective barriers during sex? (Check all that apply)

- Always Most of the time Rarely Never
If you never use a condom or barrier, why not? _____

85. In the last 6 months, did you use a needle to inject any substance, including steroids, hormones, silicone, tattoos or ink under your skin or into a vein?

- No Yes (please specify substances) _____ I prefer not to answer

86. In the last 6 months, how often did you use a needle to inject any substance?

- Less than two times a month 2 to 8 times a month 2 to 7 times a week More than once a day
 I did not inject any substances

87. In the last 6 months, how often did you use needles or works that somebody else may have used?

- Never Less than half the time About half the time More than half the time Always
 I did not inject any substances

88. In the last 6 months, how often did you clean your needles or works with bleach?

- Never Less than half the time About half the time More than half the time Always
 I did not inject any substances
-

89. In the past year, have you received services from any of the following agencies? (Check all that apply)

- AIDS Foundation Houston (AFH) Joseph Hines Clinic
 Bering Omega Community Services Legacy Community Health Services
 Covenant House Montrose Counseling Center
 Fort Bend Family Health Center NAACP
 Harris County Sheriff's Office Southeast Texas Legal Clinic
 Houston Area Community Services (HACS) St. Hope Clinic
 Houston Buyers Club Thomas Street Clinic
 Houston Volunteer Lawyers Program VA Hospital

90. In the past year, have you registered or updated your CPCDMS number? (CPCDMS is a computer database that agencies use to keep your records and provide you services) Yes No I don't know

YOU'RE DONE 😊

Thanks for completing the Houston HIV/AIDS Needs Assessment Survey!

Staff Only:

Administrator: _____
Venue: _____
Card #: _____
Date: _____



Encuesta 2011 al Consumidor de una Evaluación de las Necesidades

OBSTACULOS

1. Los servicios no se encuentran en mi área.
2. No sé dónde obtener los servicios.
3. No sé cómo obtener los servicios.
4. Tendría que esperar mucho tiempo a obtener servicios.
5. Los servicios cuestan mucho dinero.
6. Me dijeron que no soy elegible para este servicio.
7. Creo que no soy elegible para obtener los servicios.
8. La gente que maneja los servicios no son amigables.
9. Es difícil hacer o mantener citas.
10. Es difícil para mí llegar a los sitios.
11. Tuve problemas con los papeles/formularios.
12. No tengo quien cuide mis hijos si voy a las citas.
13. No estoy preparado/a a enfrentar mi estado del VIH.
14. Tengo temor que alguien averigüe sobre mí VIH.
15. El personal en la agencia no habla mi idioma.
16. Mi pasado (en cárcel/prisión) hace difícil obtener servicios.
17. Otro: _____

Primeramente, quisiéramos preguntarle sobre los servicios relacionados al cuidado médico del VIH/SIDA

Servicio	En los últimos 12 meses, ¿tuvo Ud. alguna dificultad en obtener este servicio?	Si tuvo dificultad en obtener este servicio, favor díganos la razón (Use la lista en la hoja azul para llenar el número apropiado en su respuesta. Si su respuesta no está en la lista, descríbalala debajo)
Visitas de cuidado médico con un médico, enfermera o asistente de médico (PA) para el VIH	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____
Ayuda en obtener medicamentos incluyendo para el VIH/SIDA (excluyendo aquellos obtenidos a través del programa estatal ADAP)	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____
Visitas al dentista	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____
Administración de casos en su clínica (ayuda con el cuidado médico y otras necesidades de tratamiento)	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____
Terapia de nutrición médica, consejo nutricional (servicios relacionados a la nutrición por orden médica)	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____
Servicios de tratamiento externo para el abuso del alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____
Consejería profesional para la salud mental	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____
Servicios de hospicio	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____
Cuidado de salud en el domicilio (una enfermera o asistente licenciada quien provee terapia intervenosa u otros servicios en su casa)	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____

SERVICIOS

1. **Cuidado de niños/niñas**
2. **Servicio para el bienestar del niño/niña** (educación para los padres, cuidado y asistencia en la crianza juvenil, derechos de padres, tribunal de menores, CPS)
3. **Programa Diurno para adultos/Asistencia a los cuidadores**
4. **Evaluación del desarrollo** (asistencia relacionado con el sistema educacional para infantes y niños/niñas)
5. **Asistencia financiera de emergencia** (ayuda a corto plazo para utilidades, comida, vivienda)
6. **Asistencia laboral** (búsqueda y mantenimiento de empleo)
7. **Tienda de comida**
8. **Educación sobre el VIH para personas VIH+**
9. **Asistencia para el alquiler, bonos para el refugio**
10. **Servicios relacionados a la vivienda** (ayuda en la búsqueda de vivienda)
11. **Servicio legal** (casos no criminal)
12. **Planeamiento sobre la permanencia** (testamentos)
13. **Referencia a servicios**
14. **Referencia a investigación clínica**
15. **Grupos de apoyo**
16. **Traducción/Interpretación**
17. **Transportación** (camioneta de carga cubierto, pase para el bus público, bono para gasolina y taxi)
18. **Artículos para la casa**
19. **Otro:** _____

Utilizando la lista en la hoja amarilla, ¿Cuáles son los CINCO (5) servicios que Ud. considera los más importante en ayudarlo/a a enfrentar los problemas del VIH/SIDA relacionados a la salud?

Servicio	En los últimos 12 meses, ¿tuvo Ud. alguna dificultad en obtener este servicio?	Si tuvo dificultad en obtener este servicio, favor díganos la razón (Use la lista en la hoja azul para llenar el número apropiado de su respuesta. Si su respuesta no está en la lista, descríbala debajo)
	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____
	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____
	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____
	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____
	<input type="checkbox"/> No necesité de este servicio <input type="checkbox"/> Fue fácil obtener este servicio <input type="checkbox"/> Tuve alguna dificultad en obtener este servicio	Obstáculo(s): _____ Otro: _____

Examen del VIH e historial diagnóstico

1. ¿Cuándo fue diagnosticado/a con el VIH? (mes/año) _____
2. ¿Dónde recibió su diagnóstico del VIH? Favor de dar el nombre o tipo de agencia (por ejemplo, La clínica Verde, El hospital Jones, consultorio médico, cárcel/prisión, etc). _____
3. ¿Por qué razón se hizo el examen del VIH? (Marque todas las que apliquen)
 Médico o enfermera me recomendó Me sentí enfermo/a Parte de mi evaluación médica
 Tuve sexo con una persona con VIH Participé en acto con riesgo Durante mi cuidado prenatal
 Estuve en sala de emergencia/hospital Estuve en la cárcel/prisión Otro: _____
4. En el momento que recibió su diagnóstico, ¿hubo alguien que lo asistiera en obtener algún servicio mencionado a continuación? (Marque todas las que apliquen)
 Información sobre el VIH/SIDA Consejería No sé/ no recuerdo
 Servicio médico Ayuda con comida o refugio No recibí ninguna información
 Servicio de tratamiento para el uso del alcohol/drogas Otro: _____

Servicios

5. Después de ser diagnosticado/a con el VIH, ¿cuánto tiempo transcurrió paso antes de que viera a un médico del VIH?
 Menos de 1 mes Entre 6-12 meses Nunca vi a un médico del VIH
 Entre 1-6 meses Más de 12 meses
6. Si usted esperó más de 6 meses antes de ver a un médico, ¿cuál(es) fue(ron) la(s) razón(es)? (Marque las que apliquen)
 Tuve miedo No quise creer que estaba infectado/a No supe cómo obtener los servicios
 No me sentí enfermo/a No quise tomar mis medicamentos Estuve deprimido/a y con problemas emocionales
 Estuve en la cárcel/prison No tuve el dinero
 Estuve usando drogas No supe dónde obtener los servicios No tuve un domicilio estable
 Otro: _____
7. Después de ser diagnosticado/a con el VIH, ¿cuánto tiempo transcurrió antes de obtener el examen de CD4 o carga viral?
 Menos de 1 mes Entre 6-12 meses Nunca he obtenido el examen del CD4 o carga viral
 Entre 1-6 meses Más de 12 meses No sé/no recuerdo
8. Si Ud. esperó más de 6 meses en hacerse el examen de CD4 o carga viral, ¿cuáles fueron las razones? (Marque todas las que aplicquen)
 Tuve miedo No quise creer que estuve infectado/a No supe cómo obtener los servicios
 No me sentí enfermo No quise tomar medicamentos Estuve deprimido/a y con problemas emocionales
 Estuve en la cárcel/prisión No tuve el dinero No tuve un domicilio estable
 Estuve usando drogas No supe dónde obtener los servicios Otro: _____
9. Después de ver a un proveedor médico o especialista del VIH, ¿hubo un tiempo en el cual dejó de ir al médico por más de 6 meses? Sí No
Si contestó Sí, hubo un tiempo en el cual dejó de ir al médico por más de 12 meses? Sí No
Si Ud. dejó de ver al médico por más de 6 ó 12 meses, ¿cuales fueron las razones? (Marque todas las que apliquen)
 Adm. de casos se retiró No quise tomar medicinas Cansado/a del régimen, quise un descanso
 El médico se retiró Tuve una mala experiencia con el proveedor médico Estuve preocupado por los efectos secundarios que la medicina causaría
 No pude pedir tiempo libre en el trabajo Perdí domicilio estable Negación- no quise creer que estuve infectado/a
 Estuve usando drogas, tuve una recaída Perdí mi empleo Perdí mi seguro médico
 Se terminó el programa

10. ¿Dónde fue el primer lugar que recibió cuidado por un médico del VIH? Por favor dé el nombre o el tipo de agencia (por ejemplo, La Clínica Verde, hospital, consultorio médico, cárcel/prisión, etc). _____
11. ¿Dónde recibe el cuidado médico con más frecuencia? Por favor dé el nombre o el tipo de agencia (por ejemplo, La Clínica Verde, hospital, consultorio médico, cárcel/prisión, etc). _____
12. En los últimos 6 meses, ¿ha ido Ud. a una sala de emergencia porque se sintió enfermo/a? Sí No
13. Existe un administrador/a de casos, trabajador/a social o consejero (una persona específica en una clínica, hospital u organización comunitaria) quien le ayuda a obtener servicios? Sí No No sé

Medicamentos para el VIH/SIDA

14. ¿Está Ud. actualmente tomando medicamento antiretroviral para el VIH? No Sí

Si contestó SI, ¿cuántas píldoras toma por día para el VIH? _____

15. Si Ud. está tomando medicinas actualmente, ¿cómo describiría su situación? (Marque todas las que apliquen)
- No he perdido ninguna dosis durante el mes pasado Tomé aproximadamente la mitad de mi dosis
- Dejé unas cuantas en el mes pasado, pero tomé casi todas Tomé algunas de la dosis requerida
- Tomé más de la mitad de lo requerido, pero no todas Otro: _____
16. Si Ud. ha tomado medicinas para el VIH, ¿alguna vez dejó de tomar porque se sintió mal por los efectos secundarios? (por ejemplo, problemas ocurridos en el cuerpo o mente debido al tratamiento). Sí No
- 16a. Si contestó SI, ¿cuáles cree Ud. que fueron los efectos secundarios que le hizo dejar sus medicamentos? _____
17. ¿Le ha hablado a Ud. alguna enfermera, médico o administrador/a de casos sobre la importancia de no faltar los medicamentos para el VIH? Sí No
18. Si Ud. no está tomando medicinas para el VIH actualmente, ¿cuáles son las razones? (Marque todas las que apliquen)
- No quiero sentir los efectos secundarios desagradables Mi médico recomendó que no los tomara
- No me fueron efectivos Conteo de células T muy alto / todavía estoy muy sano
- Me fue muy difícil mantener el horario requerido No puedo pagar por ellos/no tengo seguridad médica
- Ningun médico me las ofreció No quiero que nadie sepa que tomo medicamentos para el VIH
- Elijo no tomarlas Otro: _____
- No tuve el alimento adecuado requerido por ellos Otro: _____

Medicamentos no relacionados al VIH

19. ¿Cuántas píldoras no relacionadas al VIH toma Ud. diariamente? _____
20. ¿Toma medicina relacionada a alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las que apliquen)
- Diabetes Presión sanguínea alta Colesterol alto
- Depresión, problema emocional Otro: _____
21. ¿Con qué frecuencia tiene Ud. problemas en pagar por éstas y otras medicinas no relacionadas al VIH?
- Nunca Menos de la mitad de la veces Más de la mitad de las veces Siempre

Estado de salud

22. ¿Cómo describiría su salud en general? Excelente Buena Regular Pobre
23. Durante el mes pasado, ¿interfirió su salud física o condición emocional con su actividad normal social con su familia, amistades, vecinos o grupos? No Sí, algunas veces Sí, todo el tiempo

24. En los últimos tres días, ¿cuántas veces dejó de comer por no tener suficiente comida? _____

25. ¿Sabe Ud. de programas que asisten para obtener comida? (por ejemplo, *despensa, iglesia, etc.*) Sí No

26. ¿Es difícil para Ud. recibir asistencia de comida? Es difícil Es fácil No necesito asistencia con comida

27. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. vio a un médico, enfermera, o asistente médico (PA) para el VIH?

Hace menos de 6 meses Entre 6-12 meses Más de 1 año Nunca/No sé

28. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. fue recetaron medicamento para el VIH?

Hace menos de 6 meses Entre 6-12 meses Hace más de 1 año Nunca/No sé

29. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo el examen de la carga viral?

Hace menos de 6 meses Entre 6-12 meses Hace más de 1 año Nunca/No sé

30. ¿Cuál es su carga viral actualmente?

Detectable Indetectable No sé/No recuerdo

31. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo el examen del CD4 o Células T?

Hace menos de 6 meses Entre 6-12 meses Hace más de 1 año Nunca/No sé

32. ¿Cuál es su recuento del CD4 o células T actualmente?

Menos de 50 50-199 200-499 Más de 500 No recuerdo Nunca recibí cuidado para VIH

33. Cuando recién empezó a recibir cuidado para el VIH, ¿cuál fue su recuento del CD4 o células T?

Menos de 50 50-199 200-499 Más de 500 No recuerdo Nunca recibí cuidado para VIH

34. Desde que fue diagnosticado con el VIH, ¿recibió una prueba que detecte la hepatitis C? Sí No No sé

35. Actualmente, ¿es Ud. positivo con el virus de la hepatitis C? Sí No No sé

36. ¿Recibió el examen cutáneo de la tuberculosis? No Sí → Si contest SI, ¿cuál fue el resultado? Positivo
 Negativo No sé

37. ¿Le han dicho alguna vez que Ud. tiene tuberculosis activa? Sí No No sé

(*si tuvo TB activa, hubiera recibido 4 ó 5 diferentes medicinas para tomarla por 2 meses (como 10 pilulas por dia) y 2 ó 3 medicinas por otros 4 meses.*)

Salud mental

38. Durante el mes pasado, ¿ha tenido problemas con los siguientes? (Marque todas las que apliquen)

Ansiedad o tensión Deseo de dañarse Problema psiquiátrico o emocional requiriendo medicina

Alucinación Dificultad en controlar su ira Ninguna condición mencionada aquí

39. Desde que fue diagnosticado/a con el VIH, ¿ha hablado con un consejero, terapeuta o psicólogo para recibir ayuda con la depresión, ansiedad o problema emocional? Sí No

40. Desde que fue diagnosticado/a con el VIH, ¿ha hablado con un médico o psiquiatra sobre medicinas para la depresión, ansiedad o problema emocional? Sí No

41. Desde que fue diagnosticado/a con el VIH, ¿ha participado en grupo terapéutico estructurado para su salud mental?
 Sí No

Apoyo social

42. ¿Dónde recibe apoyo social relacionado a su estado VIH+? (Marque todas las que apliquen)

Personas VIH+ que veo en la clínica Médico, enfermera, personal de clínica Ninguno/No tengo apoyo social

Personas VIH+ que veo fuera de la clínica Familia Internet Otro: _____

Uso de drogas

43. Durante el pasado año, ¿ha usado alguna de las siguientes? (Marque todas las que apliquen)

Anfetamina (<i>crystal meth, speed</i>)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Todos los días o casi todos los días	<input type="checkbox"/> Una vez por semana	<input type="checkbox"/> Una vez por mes	<input type="checkbox"/> Algunas veces por año
Marijuana (<i>pot, grass, weed</i>)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Todos los días o casi todos los días	<input type="checkbox"/> Una vez por semana	<input type="checkbox"/> Una vez por mes	<input type="checkbox"/> Algunas veces por año
Cocaína (<i>polvo</i>), Crack	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Todos los días o casi todos los días	<input type="checkbox"/> Una vez por semana	<input type="checkbox"/> Una vez por mes	<input type="checkbox"/> Algunas veces por año
Medicina recetada pero no para Ud. (<i>Xanax, vicodin, hydrocodone, oxycontin</i>)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Todos los días o casi todos los días	<input type="checkbox"/> Una vez por semana	<input type="checkbox"/> Una vez por mes	<input type="checkbox"/> Algunas veces por año
Medicina recetada para Ud. pero utilizada en modo diferente a la intención médica (<i>Xanax, vicodin, hydrocodone, oxycontin</i>)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Todos los días o casi todos los días	<input type="checkbox"/> Una vez por semana	<input type="checkbox"/> Una vez por mes	<input type="checkbox"/> Algunas veces por año
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Todos los días o casi todos los días	<input type="checkbox"/> Una vez por semana	<input type="checkbox"/> Una vez por mes	<input type="checkbox"/> Algunas veces por año
<input type="checkbox"/> Ninguna mencionada arriba					

44. En el pasado año, ¿consumió Ud. una mayor cantidad de alcohol de lo planeado? Sí No

45. En el pasado año, ¿alguna vez pensó Ud. que quería o necesitaba reducir su consumo del alcohol? Sí No

46. En el pasado año, ¿usó Ud. una mayor cantidad de drogas de lo planeado? Sí No

47. En el pasado año, ¿alguna vez pensó Ud. que quería o necesitaba reducir el uso de las drogas? Sí No

Vivienda

48. ¿Dónde duerme con más frecuencia?

- Departamento/casa
- Residencia en grupo/vivienda transitoria
- Calle
- Otro: _____
- Refugio

49. ¿Piensa Ud. que su situación residencial es estable? Sí No

50. En el año pasado, ¿le fue difícil obtener cuidado para el VIH debido a su situación de domicilio? Sí No

a. Si contestó SI, ¿cuáles fueron esas dificultades? (Marque todas las que apliquen)

- No pude mantener privado mi estado VIH+
- Tuve que usar mi dinero para el alquiler
- No tuve un lugar donde guardar mis medicinas
- Tuve que usar mi dinero para las utilidades
- Tuve que usar mi dinero para comprar comida
- Tuve que usar mi dinero para artículos caseros
- Otro: _____

Recursos financieros

51. ¿Cuál es su situación laboral?

- Tiempo completo, más de 30 horas semanal
- Temporal/contrato/no fijo
- Tiempo medio
- No trabajo debido a mi discapacidad
- Desempleado
- Retirado/jubilado

52. Durante los 6 meses pasados, ¿cuál fue el promedio de su propio ingreso mensual? _____

53. ¿Cuántas personas dependen de dicho ingreso? _____ **De ellos, ¿cuántos son menores de 18?** _____

54. Durante los 6 meses pasados, ¿qué tipo de ingreso o asistencia ha estado recibiendo? (Marque todas las que apliquen)

- Ninguno
- SSDI
- Bono de comida
- Desempleado
- Pago por hora/Salario
- Seguro Social
- Subsidio/Section 8
- Discapacidad privada
- SSI
- TANF/AFDC
- Compensación al trabajador
- Beneficio al veterano
- Otro: _____

55. ¿Tiene Ud. seguro médico privado? Sí No
56. ¿Cómo paga Ud. su cuidado médico?
 No recibo cuidado médico porque no puedo pagarlo VA Medicare Tarjeta dorada/Condado
 Tengo aseguranza médica privada o COBRA Medicaid Pago yo Otro: _____
57. Si tuvo seguro médica privada, ¿supo Ud. que hubo asistencia financiera disponible para los copagos, deducibles y primas? Sí No
58. ¿Tuvo alguna dificultad en obtener asistencia financiera para el pago de seguro médico? (Marque todas las que apliquen)
 Se retiró el adm. de casos No quise tomar medicamentos Cansado/a del régimen, quise un descanso
 Se retiró el médico Tuve una mala experiencia con el proveedor Me sentí bien, sin síntomas
 No pude dejar mi trabajo Perdí mi vivienda estable Preocupado/a por efectos secundarios de los medicamentos
 Estuve usando drogas, tuve una recaída Perdí mi trabajo Negación- No quise creer que estoy infectado/a
 Se finalizó el programa Perdí mi aseguranza médica
 Otro: _____

Demografía

59. ¿Cuál es el código postal donde Ud. vive? _____
60. ¿Cuál es su sexo?
 Masculino Transgénero – Masculino a Femenino Intersexo
 Femenino Transgénero – Femenino a masculino
61. Si Ud. es de sexo femenino, ¿está embarazada? Sí No No sé
62. ¿Cuántos años tiene Ud.? _____
63. ¿Es Ud. de origen hispano? Sí No
64. ¿Cuál es su raza/étnia?
 Caucásico Asiático Indígena americano o Nativo de Alaska
 Negro/afroamericano Multiracial Nativo de Hawaii u otro isleño del Pacífico
 Otro: _____
65. ¿Cómo se identifica Ud.?
 Heterosexual Bisexual Prefiero no decir
 Gay/Lesbiana Indeciso/a
66. ¿Cuál idioma prefiere hablar en su casa o con su familia y amistades? _____
67. ¿Con cuál idioma se siente más cómodo/a al hablar con su médico? _____
68. ¿Nació Ud. en los EEUU? Sí No → ¿En qué año vino a los EEUU? _____
69. ¿Cuál es su estado migratorio?
 Ciudadano Visa (estudiante, empleo, turista, etc) Otro: _____
 Residente permanente Prefiero no decir
70. ¿Cuál es el mayor nivel de educación recibido?
 Menor de secundaria Secundaria/GED Algún entrenamiento técnico Algún universitario
 Diploma universitario Graduado/diploma profesional Ningún
71. En el pasado año, ¿fue Ud. liberado de la cárcel o prisión? Sí No

Comportamiento en riesgo

72. ¿Cuál es el sexo de su pareja? (Marque todas las que apliquen)
 Masculino Femenino Transgénero (Masc a Femen) Transgénero (Fem a Masc) Intersexo
73. ¿Cuál es el estado de VIH de su principal pareja sexual
 No tengo pareja principal VIH positivo VIH negativo No sé Prefiero no decir
74. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo contacto sexual con otra persona?
 Esta semana Este mes En los últimos 6 meses En los últimos 12 meses Hace más de un año
75. ¿Le habló alguien acerca de cómo protegerse para no reinfectarse con otra cepa del VIH? Sí No
76. ¿Cree Ud. que es probable que esté infectado con otra cepa del VIH? Sí No
77. En los últimos 6 meses, ¿aproximadamente con cuántas personas tuvo sexo? _____ (si con ninguno, ir al #81)
78. En los últimos 6 meses, ¿intercambió sexo por drogas o dinero? Sí No Prefiero no decir
79. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces tuvo sexo con personas cuyos nombres Ud. no sabía? _____
80. En los últimos 30 días, ¿tuvo sexo con alguien donde no supo el estado del VIH de la persona? Sí No
81. ¿Qué tipo de sexo tuvo Ud. la última vez que tuvo contacto sexual? (Marque todas las que apliquen)
 Inserción anal (arriba) Recepción anal (trasero) Versátil (ambos: arriba y trasero)
 Sexo oral recibido Di sexo oral Vaginal
82. ¿Quién fue su última pareja sexual?
 Una amistad Pareja/Esposo/Esposa Un conocido/a del Internet
 Novio/novia Un conocido/a del bar Otro: _____
83. ¿Usó un condón u otra barrera protectora la última vez que tuvo sexo? Sí No No sé
Si no usó un condón o barrera, ¿por qué no? _____
84. ¿Cada cuánto usa condones u otra barrera protectora durante el contacto sexual? (Marque todas las que apliquen)
 Siempre Mayoría del tiempo Rara vez Nunca
Si nunca usa condones, ¿por qué no? _____
85. En los últimos 6 meses, ¿usó jeringas (agujas) para inyectarse alguna sustancia, incluyendo esteroides, hormonas, silicón, tatuaje o tinta debajo de la piel o en las venas?
 No Sí (especifique la/s sustancia/s) _____ Prefiero no contestar
86. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces usó jeringa para inyectarse alguna sustancia?
 Menos de 2 veces por mes 2 a 8 veces por mes 2 a 7 veces a la semana
 Más de una vez al día No me inyecté sustancias
87. En los últimos 6 meses, ¿cuándo usó jeringas u otras piezas compartidas por otra persona?
 Nunca Menos de la mitad Mitad del tiempo
 Más de mitad del tiempo Siempre No me inyecté ninguna sustancia
88. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces limpió su jeringa u otras piezas con blanqueador?
 Nunca Menos de la mitad de las veces Aproximadamente la mitad de veces
 Más de mitad de veces Siempre No me inyecté ninguna sustancia

89. En el año pasado, recibió servicios de algunas de las siguientes agencias? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS Foundation Houston (AFH) | <input type="checkbox"/> Joseph Hines Clinic |
| <input type="checkbox"/> Bering Omega Community Services | <input type="checkbox"/> Legacy Community Health Services |
| <input type="checkbox"/> Covenant House | <input type="checkbox"/> Montrose Counseling Center |
| <input type="checkbox"/> Fort Bend Family Health Center | <input type="checkbox"/> NAACP |
| <input type="checkbox"/> Harris County Sheriff's Office | <input type="checkbox"/> Southeast Texas Legal Clinic |
| <input type="checkbox"/> Houston Area Community Services (HACS) | <input type="checkbox"/> St. Hope Clinic |
| <input type="checkbox"/> Houston Buyers Club | <input type="checkbox"/> Thomas Street Clinic |
| <input type="checkbox"/> Houston Volunteer Lawyers Program | <input type="checkbox"/> VA Hospital |

90. En el año pasado, ¿se registró o actualizó su número del CPCDMS? (CPCDMS es una fuente de datos por computadora que las agencias usan para mantener su archivo y proveerlo/a asistencia) Sí No No sé

Aquí terminó 😊

¡Gracias por completar esta encuesta sobre una evaluación de las necesidades del VIH/SIDA de Houston!