



Community Health Connections

We take great care of you!

Nome: _____ Data: ____/____/____

QUESTIONÁRIO MÉDICO

	SIM	NÃO
Nos últimos 12 meses, você fez exame clínico de rotina com algum médico do CHC?		
Nos últimos 5 anos, você viajou ou morou na África, Ásia, América Central, México, Europa Oriental, Ilhas do Caribe (Caraíbas), Oriente Médio, por mais de uma mês?		
Nos últimos 2 anos você conviveu/teve contato com alguém diagnosticado com Tuberculose (TB)?		
Você ou seu compaheiro (s) sexual já fez uso de drogas injetáveis/susbstância química ou compartilharam a mesma agulha entre si ou com outras pessoas?		
Você tem/teve tosse que persistente por mais de 2 ou 3 semanas?		
Você sofre com o sour noturno de forma intensa ou incomum?		
Você sofre com fraqueza/câimbra intensa ou incomum?		
Você já sofreu abuso sexual ou já foi vítima de estupro?		
Você já teve relação sexual com algum parceiro infectado por HIV?		
Você que fazer o teste para HIV?		
Você quer receber informações sobre HIV/AIDIS?		