



Community Health Connections

We take great care of you!

Nombre: _____ **Fecha:** _____

	SÍ	NO
¿Ha tenido un examen físico realizado por un médico del CHC en los últimos 12 meses?		
En los últimos 5 años, ¿ha vivido o viajado en África, Asia, América Central, México, Europa del Este, el Caribe u Oriente Medio durante más de un mes?		
En los últimos 2 años, ¿ha vivido o pasado tiempo con alguien que ha estado enfermo de tuberculosis?		
¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) se han inyectado drogas u otras sustancias y/o han compartido agujas con otra persona?		
¿Tiene una tos que dura más de 2 a 3 semanas?		
¿Sufres de sudoración inusual o fuerte en la noche?		
¿Sufre de debilidad inusual o fatiga extrema?		
¿Ha sido víctima de violación, durante una cita o abuso sexual?		
¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con una persona infectada con el VIH?		
¿Le gustaría hacerse la prueba del VIH?		
¿Desea más información sobre el VIH/SIDA?		