

Centro de Estudios de Población y Desarrollo  
Oficina Nacional de Estadísticas



Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo  
Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria



## Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/SIDA. 2009

### Cuestionario Individual

(Para la persona de 12 a 49 años seleccionada en cada vivienda)

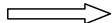


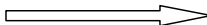
#### SECCION I. LOCALIZACION GEOGRAFICA

Provincia	Municipio	Parte	Distrito	Área	Sección	T. R.	No Viv.	Cuestionario No.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Observaciones de la Revisión

	Fecha	Nombre	Observaciones
Enumerador:	<input type="text"/> mes día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Supervisor:	<input type="text"/> mes día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ofic. Municipal:	<input type="text"/> mes día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ofic. Provincial:	<input type="text"/> mes día	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**SECCION II. CARACTERISTICAS Y ANTECEDENTES**

<b>P201</b>	Sexo	<input type="checkbox"/> 1 Hombre <input type="checkbox"/> 3 Mujer
<b>P202</b>	Edad (en años cumplidos)	<input type="text"/> <input type="text"/> años
<b>P203</b>	¿Cuál es el año o grado de estudio más alto que Ud. aprobó? ( <b>Anote</b> el año o grado en el nivel educacional correspondiente )	<input type="checkbox"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguno ( 0 )  <b>P204</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Primaria ( 1- 6 ) <input type="checkbox"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> Sec. Básica ( 7- 10 ) <input type="checkbox"/> 3 <input type="text"/> <input type="text"/> Obr. Calificado ( 1- 5 ) <input type="checkbox"/> 4 <input type="text"/> <input type="text"/> Preuniversitario ( 10 - 13 ) <input type="checkbox"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/> Técnico Medio ( 1- 5 ) <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> Universitario ( 1- 7 )   <b>P205</b>
<b>P204</b>	¿Puede leer un periódico o una carta?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No
<b>P205</b>	Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces escuchó la radio? Diría que... <b>Lea en voz alta</b>	<input type="checkbox"/> 1 Todos los días <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez por semana <input type="checkbox"/> 3 Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> 4 Nunca
<b>P206</b>	Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces vió la Televisión? Diría que... <b>Lea en voz alta</b>	<input type="checkbox"/> 1 Todos los días <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez por semana <input type="checkbox"/> 3 Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> 4 Nunca
<b>P207</b>	Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ingirió bebidas alcohólicas? Diría que... <b>Lea en voz alta</b>	<input type="checkbox"/> 1 Todos los días <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez por semana <input type="checkbox"/> 3 Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> 4 Nunca
<b>P208</b>	¿En los últimos 12 meses ha vivido fuera de esta comunidad durante 1 mes o más?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No
<b>P209</b>	¿Cuál es su estado civil o conyugal?	<input type="checkbox"/> 1 Unido(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 3 Separado(a) <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 5 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 6 Soltero(a)
<b>P210</b>	¿Qué hizo la semana anterior?	<input type="checkbox"/> 01 Trabajó <input type="checkbox"/> 02 Tenía trabajo pero no trabajó <input type="checkbox"/> 03 Trabajó y Estudió <input type="checkbox"/> 04 Estudiante  <b>P212</b> <input type="checkbox"/> 05 Buscaba trabajo <input type="checkbox"/> 06 Jubilado o pensionado <input type="checkbox"/> 07 Rentista o recibe ayuda económica <input type="checkbox"/> 08 Quehaceres del hogar <input type="checkbox"/> 09 Incapacitado para el trabajo <input type="checkbox"/> 10 No realiza ninguna actividad <input type="checkbox"/> 11 Otra

P211	¿Su centro de trabajo pertenece a alguno de los siguientes ministerios ?	<input type="checkbox"/> 1 Ministerio de Salud Pública <input type="checkbox"/> 2 Ministerio de Educación <input type="checkbox"/> 3 Ministerio de Educación Superior <input type="checkbox"/> 4 Ministerio del Turismo <input type="checkbox"/> 5 Ministerio de Cultura <input type="checkbox"/> 6 Ministerio de Trabajo y Seguridad Social <input type="checkbox"/> 7 Otro Ministerio <input type="checkbox"/> 8 No está vinculado a ningún Ministerio <input type="checkbox"/> 9 No sabe
	<b>Lea en voz alta</b>	

<b>Filtro 1</b> > REVISE LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA P210 ANTES DE CONTINUAR		
Si P210=03    ⇒    P212		Si P210=01 ó P210=02    ⇒    P213

P212	Podiera decirme si usted estudia en alguno de los siguientes tipos de enseñanza	<input type="checkbox"/> 01 Primaria <input type="checkbox"/> 02 Secundaria Básica <input type="checkbox"/> 03 Obrero Calificado <input type="checkbox"/> 04 Preuniversitario <input type="checkbox"/> 05 Técnico Medio <input type="checkbox"/> 06 Trabajadores Sociales <input type="checkbox"/> 07 Pedagógico <input type="checkbox"/> 08 Facultad de Ciencias Médicas <input type="checkbox"/> 09 Otras Facultades Universitarias <input type="checkbox"/> 10 Otro
	<b>Lea en voz alta y marque la respuesta que declare el entrevistado</b>	

P213	Color de la piel (No formule esta pregunta, marque la casilla que corresponda, según su propia observación)	<input type="checkbox"/> 1 Blanco <input type="checkbox"/> 2 Negro <input type="checkbox"/> 3 Mulato o mestizo
------	--	--

**SECCION III. RELACIONES MATRIMONIALES Y DE PAREJAS DE UN AÑO O MÁS DE DURACIÓN**

Como Ud. conoce, el sida y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un problema importante de salud que guarda asociación con las relaciones sexuales. Las personas tienen diferentes formas de asumir las mismas, unas tienen relaciones con personas de igual sexo, otras con personas del sexo opuesto, y algunas con personas de ambos sexos.

A continuación le haré algunas preguntas, pero antes le recuerdo que su respuesta será completamente confidencial, anónima, y se utilizará sólo con fines estadísticos, es decir, que nadie va a conocer su respuesta. Por tanto deseáramos su más sincera cooperación.

P301	¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez? <b>Leer:</b> La <b>Relación Sexual</b> es el acto sexual con penetración en la vagina, el ano o la boca.	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No                    ⇒    P502
------	--	---

P302	¿Esas relaciones sexuales han sido? <b>(Entregue la Tarjeta #1 al encuestado. Pídale que le diga solamente el número que corresponde a su respuesta y anótelos)</b> <b>(Si no responde anote 9)</b>	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------

P303	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? (Si no recuerda o no responde anote 99)	<input type="text"/> <input type="text"/> Edad
------	---	--

P304	¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo su primera relación sexual? (Si no recuerda o no responde anote 99)	<input type="text"/> <input type="text"/> Edad
------	--	--

<b>P305</b>	¿Estaba casado(a) o unido(a) cuando tuvo su primera relación sexual?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No
<b>P306</b>	¿Usó preservativo o condón en esa primera relación sexual?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No
<b>P307</b>	¿Está casado(a) o unido(a) actualmente?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No      ⇒ <b>P309</b>
<b>P308</b>	¿Está casado(a) o unido(a) con:? (Entregue la tarjeta # 2 al encuestado. Pídale que le diga solamente el número que corresponde a su respuesta y <b>anótelo</b> ). (Si no responde anote 9)	<input type="checkbox"/>
<b>P309</b>	<b>(Lea una de las preguntas según respuesta en P307)</b> <b>Si P307 = 3</b> ¿Tiene una pareja con quien mantenga relaciones sexuales desde hace 1 año o más? <b>Si P307 = 1</b> , ¿además de su esposo(a) o pareja, existe otra persona con quien mantenga relaciones sexuales desde hace 1 año o más?	<input type="checkbox"/> 1 Sí      ⇒ <b>P310</b> <input type="checkbox"/> 3 No      ⇒ <b>Filtro 2</b>
<b>Filtro 2</b>	<b>⇒ REVISE LAS PREGUNTAS P307 y P309 ANTES DE CONTINUAR</b> <hr/> <b>Si está casado(a) o unido(a) y no tiene otra pareja de un año o más de duración</b> <b>P307 = 1 y P309=3      ⇒ P311</b>	
	<b>Si no está casado(a) o unido(a) y además no tiene pareja de un año o más de duración</b> <b>P307 = 3 y P309=3      ⇒ P401</b>	
<b>P310</b>	¿Esta pareja es:? (Indique al entrevistado que seleccione la tarjeta # 2. Pídale que le diga solamente el número que corresponde a su respuesta y <b>anótelo</b> ). (Si no responde anote 9)	<input type="checkbox"/>
<b>P311</b>	¿Cree que la persona con la que está casado(a) o unido(a) o su pareja de un año o más de duración mantiene relaciones sexuales con otra persona? (Si el entrevistado piensa que alguna de las parejas mantiene relaciones con otra persona, <b>marque Sí</b> ).	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe/No responde
<b>P312</b>	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con la persona que está casado(a) o unido(a) o su pareja de un año o más de duración?	<input type="checkbox"/> 1 En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 3 Hace más de 12 meses
<b>P313</b>	En general diría que con su esposo(a) y/o pareja: <b>nunca usa condones, en ocasiones usa condones o siempre usa condones</b>	<input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 En Ocasiones <input type="checkbox"/> 3 Siempre
<b>P314</b>	¿En la última relación <b>sexual</b> que tuvo con su esposo(a) o pareja de un año o más de duración, usaron preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No      ⇒ <b>P316</b>
<b>P315</b>	¿Cuál fue el motivo principal por el que usaron el preservativo o condón en esa ocasión?	<input type="checkbox"/> 1 Evitar embarazos <input type="checkbox"/> 2 Evitar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) <input type="checkbox"/> 3 Evitar VIH / sida <input type="checkbox"/> 4 Evitar ITS y VIH/sida <input type="checkbox"/> 5 Otra.
		} <b>P317</b>

<b>P316</b>	¿Cuál fue el motivo principal por el que no usaron el preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 01 No tenía condón en ese momento <input type="checkbox"/> 02 Demasiado caro <input type="checkbox"/> 03 Objeciones o Rechazo de la pareja <input type="checkbox"/> 04 No le gusta <input type="checkbox"/> 05 No había donde fue a comprarlo <input type="checkbox"/> 06 No lo necesitó porque alguno de los miembros de la pareja utilizó otro anticonceptivo <input type="checkbox"/> 07 Tenía confianza en la pareja <input type="checkbox"/> 08 No lo ha utilizado nunca <input type="checkbox"/> 09 No lo considera como protección segura <input type="checkbox"/> 10 No ha pensado en eso <input type="checkbox"/> 11 Lo utiliza solo en relaciones ocasionales <input type="checkbox"/> 12 Porque su pareja es saludable <input type="checkbox"/> 13 Porque desean tener un hijo <input type="checkbox"/> 14 No se siente igual <input type="checkbox"/> 15 Porque su religión no lo admite <input type="checkbox"/> 16 Otro. Especifique  <input type="checkbox"/> 99 No Responde																				
<b>P317</b>	En esa última relación sexual ¿Usted realizó alguna de las siguientes <b>prácticas sexuales</b> ? A) Relación sexual con Penetración Vaginal..... B) Le realizó Sexo Oral a su pareja..... C) Relación sexual con Penetración Anal.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>No Recuerda</th> <th>No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>B)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>C)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	No Recuerda	No Responde	A)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	B)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	C)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	Si	No	No Recuerda	No Responde																		
A)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																		
B)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																		
C)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																		
<b>P318</b>	¿En los <b>últimos 6 meses</b> tuvo alguna relación sexual con penetración anal con su esposo(a) o pareja de un año o más de duración?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No $\Rightarrow$ <b>Pase a Sección IV</b>																				
<b>P319</b>	¿En la <b>última relación sexual con penetración anal</b> que realizó con su esposo (a) o pareja de un año o más de duración usaron preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																				


<b>SECCION IV. RELACIONES SEXUALES DE MENOS DE UN AÑO</b>	
<b>P401</b> ¿Ha tenido relaciones sexuales de menos de 1 año de duración con alguna persona en los últimos 12 meses? <b>Para personas Casadas/Unidas y/o con Pareja de un año o más de duración:</b> Nos referimos a alguien que no sea la persona con la que está casado(a) o unido(a) y/o su pareja estable	<input type="checkbox"/> 1 Sí $\Rightarrow$ <b>P402</b> <input type="checkbox"/> 3 No $\Rightarrow$ <b>Filtro 3 en Sección V</b>
<p align="center"><b>Las preguntas que le haremos a continuación estarán referidas a las personas con quienes ha tenido relaciones sexuales de menos de un año de duración en los últimos 12 meses. Si usted esta casado(a) y/o unido(a) o tiene pareja de un año o más de duración, por favor, no considere a esa(s) pareja(s) en su respuesta</b></p>	
<b>P402</b> ¿Con cuántas personas distintas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses? <b>Para personas Casadas/Unidas y/o con Pareja de un año o más de duración:</b> Recuerde responder <b>sin contar</b> a la persona con quien está casado(a) o unido(a) o a la pareja de un año o más de duración (Si no responde anote 99)	<input type="text"/> <input type="text"/>

<b>P403</b>	¿La última relación de menos de un año fue?: <b>(Indique al entrevistado que seleccione la tarjeta # 2.</b> Pídale que le diga solamente el número que corresponde a su respuesta y <b>anótelo).</b> (Si no responde anote 9)	<input type="checkbox"/>
<b>P404</b>	¿Esa <b>última pareja</b> era alguien que ya conocía de antes o alguien que recién había conocido?	<input type="checkbox"/> 1 Lo conocía de antes <input type="checkbox"/> 3 No lo conocía de antes
<b>P405</b>	En la última relación sexual ¿entregó o recibió dinero, regalos u otra cosa a cambio?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No
<b>P406</b>	En general diría que con las parejas con quienes duro menos de un año y tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses: <b>¿nunca usó condones, en ocasiones usó condones o siempre usó condones?</b>	<input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 En Ocasiones <input type="checkbox"/> 3 Siempre
<b>P407</b>	¿En la última relación sexual que tuvo con la persona con quien duró menos de un año, usaron preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No                      ⇒ <b>P411</b>
<b>P408</b>	¿Cuál fue la persona que propuso el uso del condón?	<input type="checkbox"/> 1 Usted <input type="checkbox"/> 2 Su pareja <input type="checkbox"/> 3 Ambos <input type="checkbox"/> 8 No recuerda
<b>P409</b>	¿Cuál fue el motivo principal por el que usaron el preservativo o condón en esa ocasión?	<input type="checkbox"/> 1 Evitar embarazos <input type="checkbox"/> 2 Evitar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) <input type="checkbox"/> 3 Evitar VIH / sida <input type="checkbox"/> 4 Evitar ITS y VIH/sida <input type="checkbox"/> 5 Otra. Especifique _____
<b>P410</b>	¿En qué lugar o con qué persona obtuvo el preservativo o condón?  <p style="text-align: center;"><b>Pasar a P412</b></p>	<input type="checkbox"/> 01 Pareja <input type="checkbox"/> 02 Tienda de divisa u Hotel <input type="checkbox"/> 03 Farmacia <input type="checkbox"/> 04 Consulta de Planificación Familiar <input type="checkbox"/> 05 Como muestra gratis en la calle o en actividades <input type="checkbox"/> 06 Casas de Alquiler <input type="checkbox"/> 07 Discotecas, Pistas de Baile, Centros Nocturnos <input type="checkbox"/> 08 En la bodega (tienda) <input type="checkbox"/> 09 Bares, Cafeterías o Restaurantes <input type="checkbox"/> 10 Otro. Especifique _____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">} <b>P412</b></div>

<b>P411</b>	¿Cuál fue el motivo principal por el que no usaron el preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 01 No tenía condón en ese momento <input type="checkbox"/> 02 Demasiado caro <input type="checkbox"/> 03 Objeciones de la pareja <input type="checkbox"/> 04 No le gusta <input type="checkbox"/> 05 No había donde fue a comprarlo <input type="checkbox"/> 06 No lo necesitó porque alguno de los miembros de la pareja utilizó otro anticonceptivo <input type="checkbox"/> 07 Tenía confianza en la pareja <input type="checkbox"/> 08 No lo ha utilizado nunca <input type="checkbox"/> 09 No lo considera como protección segura <input type="checkbox"/> 10 No ha pensado en eso <input type="checkbox"/> 11 Lo utiliza solo en relaciones ocasionales <input type="checkbox"/> 12 Su pareja era saludable <input type="checkbox"/> 13 Porque desean tener un hijo <input type="checkbox"/> 14 No se siente igual <input type="checkbox"/> 15 Porque su religión no lo admite <input type="checkbox"/> 16 Otro. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 99 No Responde																				
<b>P412</b>	En esa última relación sexual ¿Usted realizó alguna de las siguientes <b>prácticas sexuales</b> ?  A) Relación sexual con Penetración Vaginal..... B) Le realizó Sexo Oral a su pareja..... C) Relación sexual con Penetración Anal.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>No Recuerda</th> <th>No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>B)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>C)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	No Recuerda	No Responde	A)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	B)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	C)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	Si	No	No Recuerda	No Responde																		
A)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																		
B)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																		
C)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																		
<b>P413</b>	¿En los <b>últimos 6 meses</b> tuvo alguna relación sexual con penetración anal con alguna de las parejas con quien duró menos de un año?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No      ➡ <b>P415</b>																				
<b>P414</b>	¿En la <b>última relación sexual con penetración anal</b> que realizó con la persona con quien duró menos de un año, usaron preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																				
<b>P415</b>	En alguna de las relaciones sexuales que tuvo en los últimos 12 meses, ¿recibió dinero, regalos u otra cosa a cambio?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No      ➡ <b>Pase a Sección V</b>																				
<b>P416</b>	En la última relación sexual en que recibió dinero, regalos u otra cosa a cambio ¿Usaron preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																				

<b>SECCION V. PRESERVATIVOS O CONDONES</b>	
Filtro 3 > REVISE LAS RESPUESTAS DE LAS PREGUNTAS P306, P313, P314, P319, P406, P407, P414 y P416	
ANTES DE CONTINUAR.	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">NO USÓ preservativo o condón</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">↓</div> <p style="text-align: center;"><b>P501</b></p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Si USÓ preservativo o condón alguna vez</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> P306=1 ó P313=2 ó P313=3 ó P314= 1 ó P319=1  (P406=2 ó P406=3 ó P407=1 ó P414=1 ó P416=1) </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">↓</div> <p style="text-align: center;"><b>P503</b></p>
<b>P501</b>	¿Ha usado alguna vez un preservativo o condón?  <input type="checkbox"/> 1 Sí      ➡ <b>P503</b> <input type="checkbox"/> 3 No

<b>P502</b>	¿Alguna vez ha oído hablar de los preservativos o condones? Es decir, ese objeto de goma que el hombre se pone en el pene o la mujer se introduce en la vagina antes de tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No      ⇒ <b>P601</b>																																	
<b>P503</b>	¿Conoce algún lugar donde pueda obtener preservativos o condones, o personas a quien pueda pedirle o comprarle?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No      ⇒ <b>P506</b>																																	
<b>P504</b>	<p>¿Qué lugares conoce donde pueda obtener preservativos o condones?</p> <p><b>Lea en voz alta y registre en todas las alternativas, la respuesta que declare el entrevistado</b></p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Si</th> <th style="text-align: left;">No</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>A- Tienda de divisa u Hotel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>B- Farmacia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>C- Consulta de Planificación Familiar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>D- En la calle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>E- Casas de Alquiler</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>F- Discotecas o Pistas de Baile</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>G- En bodegas (tienda)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>H- Bares, Cafeterías o Restaurantes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>I- Otro. Especifique</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Si	No		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	A- Tienda de divisa u Hotel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	B- Farmacia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	C- Consulta de Planificación Familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	D- En la calle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	E- Casas de Alquiler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	F- Discotecas o Pistas de Baile	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	G- En bodegas (tienda)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	H- Bares, Cafeterías o Restaurantes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	I- Otro. Especifique			_____
Si	No																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	A- Tienda de divisa u Hotel																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	B- Farmacia																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	C- Consulta de Planificación Familiar																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	D- En la calle																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	E- Casas de Alquiler																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	F- Discotecas o Pistas de Baile																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	G- En bodegas (tienda)																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	H- Bares, Cafeterías o Restaurantes																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	I- Otro. Especifique																																	
		_____																																	
<b>P505</b>	<p>¿Cuanto tiempo le tomaría conseguir un condón en un lugar cerca de su casa, centro de estudio o trabajo?</p> <p><b>Lea en voz alta y marque la casilla que corresponda al tiempo que declara el entrevistado</b></p>	<input type="checkbox"/> 1 Menos de 10 minutos <input type="checkbox"/> 2 Entre 10 y 20 minutos <input type="checkbox"/> 3 De 21 a 40 minutos <input type="checkbox"/> 4 Más de 40 minutos <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Responde																																	
<b>P506</b>	¿Sentiría vergüenza de comprar condones en algún establecimiento cerca de su casa, centro de estudio o centro de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																	
<b>P507</b>	¿Se negaría a tener relaciones sexuales si su pareja le propone usar el condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																	
<b>P508</b>	Al tener una relación sexual, ¿Le propondría a su pareja el uso del condón para prevenir contraer alguna infección de transmisión sexual o el VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Sabe																																	
<b>P509</b>	<p>Si su pareja se niega a usar el condón en la relación sexual ¿Qué usted haría: <b>Tendría la relación sexual penetrativa no tendría la relación sexual o Tendría una relación sexual NO PENETRATIVA?</b></p>	<input type="checkbox"/> 1 Tendría la relación sexual PENETRATIVA <input type="checkbox"/> 2 Tendría una relación sexual NO PENETRATIVA <input type="checkbox"/> 3 No tendría relación sexual <input type="checkbox"/> 9 No Sabe																																	
<b>P510</b>	Si usted contrajese una infección de transmisión sexual o el VIH, ¿le propondría a su pareja usar el condón en la relación sexual?.	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																	
<b>P511</b>	Si su pareja tuviera una infección de transmisión sexual o el VIH, ¿le exigiría usar el condón en las relaciones sexuales?.	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																	
<b>P512</b>	Si su pareja tuviera una infección de transmisión sexual o el VIH, y no quisiera usar el condón. ¿Se negaría a tener relaciones sexuales <b>penetrativas</b> con su pareja?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																	

<b>P513</b>	<p>¿A qué edad considera que se les debe comenzar a hablar o educar a los adolescentes sobre el uso del condón como medida para prevenir la infección por VIH?</p> <p><b>Lea en voz alta y marque la respuesta que declare el entrevistado</b></p>	<input type="checkbox"/> 1 Antes de los 12 años <input type="checkbox"/> 2 A partir de los 12 años <input type="checkbox"/> 3 A partir de los 13 años <input type="checkbox"/> 4 A partir de los 14 años <input type="checkbox"/> 5 A partir de los 15 años <input type="checkbox"/> 6 No se les debe hablar <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Responde																																							
<b>P514</b>	<p>¿Conoce o ha escuchado algo sobre los condones de marca <b>VIGOR</b>?</p>	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No → <b>P526</b>																																							
<b>P515</b>	<p>¿Por cuales vías conoció o escuchó algo sobre los condones <b>VIGOR</b>?</p> <p><b>Lea en voz alta y registre en todas las alternativas, la respuesta que declare el entrevistado</b></p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><b>Si</b></th> <th style="text-align: left;"><b>No</b></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>A. En actividades asociadas a la promoción del condón</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>B. Por una amistad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>C. Por su pareja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>D. Por programas de la televisión en que se realiza la promoción del condón</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>E. Por anuncios de la radio en los que se promociona el condón</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>F. En la farmacia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>G. Por la propaganda gráfica (afiches, etc.)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>H. Por Línea Ayuda (Teléfono)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>I. Por Servicios de Consejería</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>J. Por Promotores del condón VIGOR</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>K. Otro. Especifique</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Si</b>	<b>No</b>		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	A. En actividades asociadas a la promoción del condón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	B. Por una amistad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	C. Por su pareja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	D. Por programas de la televisión en que se realiza la promoción del condón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	E. Por anuncios de la radio en los que se promociona el condón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	F. En la farmacia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	G. Por la propaganda gráfica (afiches, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	H. Por Línea Ayuda (Teléfono)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	I. Por Servicios de Consejería	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	J. Por Promotores del condón VIGOR	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	K. Otro. Especifique			_____
<b>Si</b>	<b>No</b>																																								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	A. En actividades asociadas a la promoción del condón																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	B. Por una amistad																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	C. Por su pareja																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	D. Por programas de la televisión en que se realiza la promoción del condón																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	E. Por anuncios de la radio en los que se promociona el condón																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	F. En la farmacia																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	G. Por la propaganda gráfica (afiches, etc.)																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	H. Por Línea Ayuda (Teléfono)																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	I. Por Servicios de Consejería																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	J. Por Promotores del condón VIGOR																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	K. Otro. Especifique																																							
		_____																																							
<b>P516</b>	<p>¿En los últimos 2 años ha recibido o le han regalado una muestra gratis del condón <b>VIGOR</b>?</p>	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																							
<b>P517</b>	<p>¿En los últimos 2 años ha recibido o le han regalado alguna vez una muestra gratis de otro condón?</p>	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																							
<b>P518</b>	<p>¿Ha comprado alguna vez condones <b>VIGOR</b>?</p>	<input type="checkbox"/> 1 Sí → <b>P520</b> <input type="checkbox"/> 3 No																																							
<b>P519</b>	<p>¿Porqué nunca ha comprado condones <b>VIGOR</b>?</p> <p><b>Lea en voz alta y registre en todas las alternativas la respuesta que declare el entrevistado</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Pase a P523</b></p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><b>Sí</b></th> <th style="text-align: left;"><b>No</b></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>A. Son demasiado caros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>B. Tienen baja calidad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>C. Tienen mala presentación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>D. No sabía donde comprarlo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>E. No había donde fue a comprarlo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>F. No lo necesité</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>G. Otro. Especifique</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">  <b>P523</b> </p>	<b>Sí</b>	<b>No</b>		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	A. Son demasiado caros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	B. Tienen baja calidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	C. Tienen mala presentación	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	D. No sabía donde comprarlo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	E. No había donde fue a comprarlo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	F. No lo necesité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	G. Otro. Especifique			_____												
<b>Sí</b>	<b>No</b>																																								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	A. Son demasiado caros																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	B. Tienen baja calidad																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	C. Tienen mala presentación																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	D. No sabía donde comprarlo																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	E. No había donde fue a comprarlo																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	F. No lo necesité																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	G. Otro. Especifique																																							
		_____																																							

<b>P520</b>	¿Piensa que el precio de los condones <b>VIGOR</b> es?:  <b>Lea en voz alta</b>	<input type="checkbox"/> 1 Bajo <input type="checkbox"/> 2 Razonable <input type="checkbox"/> 3 Alto																								
<b>P521</b>	¿Cuál es su opinión sobre los condones <b>VIGOR</b> que compró?	<input type="checkbox"/> 1 Excelentes <input type="checkbox"/> 2 Buenos <input type="checkbox"/> 3 Regulares <input type="checkbox"/> 4 Malos <input type="checkbox"/> 9 No responde / No Sabe																								
<b>P522</b>	¿Los preservativos o condones <b>VIGOR</b> , siempre han estado disponibles cuando ha querido comprarlos?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																								
<b>P523</b>	¿Sabe que los preservativos o condones <b>VIGOR</b> se encuentran disponibles en los siguientes lugares?  <b>Lea en voz alta y registre en todas las alternativas la respuesta que declare el entrevistado</b>	<table border="0"> <tr> <td><b>Sabe</b></td> <td><b>No Sabe</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>A. Farmacias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>B. Centros Nocturnos, Discotecas o Pistas de Baile</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>C. Bares/ Cafeterías</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>D. Restaurantes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>E. Casas de alquiler o en la calle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>F. Bodegas (tiendas)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>G. Otros. Especifique</td> </tr> </table>	<b>Sabe</b>	<b>No Sabe</b>		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	A. Farmacias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	B. Centros Nocturnos, Discotecas o Pistas de Baile	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	C. Bares/ Cafeterías	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	D. Restaurantes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	E. Casas de alquiler o en la calle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	F. Bodegas (tiendas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	G. Otros. Especifique
<b>Sabe</b>	<b>No Sabe</b>																									
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	A. Farmacias																								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	B. Centros Nocturnos, Discotecas o Pistas de Baile																								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	C. Bares/ Cafeterías																								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	D. Restaurantes																								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	E. Casas de alquiler o en la calle																								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	F. Bodegas (tiendas)																								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	G. Otros. Especifique																								
<b>P524</b>	¿Ha usado condones <b>VIGOR</b> alguna vez?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No ⇒ <b>P526</b>																								
<b>P525</b>	¿Actualmente con qué frecuencia usa los condones <b>VIGOR</b> : <b>siempre, en ocasiones o nunca</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Siempre <input type="checkbox"/> 2 En ocasiones <input type="checkbox"/> 3 Nunca																								
<b>P526</b>	¿Conoce o ha escuchado algo sobre condones <b>diferentes de VIGOR</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No ⇒ <b>P532</b>																								
<b>P527</b>	¿Ha usado condones <b>diferentes de VIGOR</b> alguna vez?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No ⇒ <b>P529</b>																								
<b>P528</b>	¿Antes de usar los condones <b>VIGOR</b> , con que frecuencia usaba otra <b>marca de condones: siempre, en ocasiones o nunca</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Siempre <input type="checkbox"/> 2 En ocasiones <input type="checkbox"/> 3 Nunca																								
<b>P529</b>	¿Ha comprado alguna marca de preservativos o condones <b>diferentes de VIGOR</b> alguna vez?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No ⇒ <b>P532</b>																								
<b>P530</b>	¿Piensa que el precio de los condones <b>diferentes de VIGOR</b> que compró fue?:  <b>Lea en voz alta</b>	<input type="checkbox"/> 1 Bajo <input type="checkbox"/> 2 Razonable <input type="checkbox"/> 3 Alto																								
<b>P531</b>	¿Cuál es su opinión sobre los condones <b>diferentes de VIGOR</b> que compró?	<input type="checkbox"/> 1 Excelente <input type="checkbox"/> 2 Buenos <input type="checkbox"/> 3 Regulares <input type="checkbox"/> 4 Malos <input type="checkbox"/> 9 No responde / No Sabe																								
<b>P532</b>	¿En el último año, siempre ha encontrado condones cuando ha querido comprarlos?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 4 No ha querido comprar condones																								

**SECCION VI. HEPATITIS Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

<b>P601</b>	¿Durante los últimos 12 meses algún médico le diagnosticó que tenía Hepatitis?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe	} <b>P605</b>																																								
<b>P602</b>	¿Usted sabe qué hepatitis le diagnosticó el médico en el último año?	<input type="checkbox"/> 1 Sí $\Rightarrow$ <b>P604</b> <input type="checkbox"/> 3 No sabe cual																																									
<b>P603</b>	Pudiera decirme ¿En qué establecimiento de salud le atendieron sistemáticamente su hepatitis en el último año?  <b>Admite más de una marca</b> ↓ <b>P605</b>	<input type="checkbox"/> 1 En el Consultorio del Médico de la Familia <input type="checkbox"/> 2 En el Policlínico <input type="checkbox"/> 3 En un Hospital <input type="checkbox"/> 4 No fue atendido en un establecimiento de salud <input type="checkbox"/> 5 No se atendió																																									
<b>P604</b>	¿Qué tipo de hepatitis le diagnosticaron en el último año y en qué establecimiento de salud le atendieron sistemáticamente? <b>Primero lea en voz alta el enunciado de la pregunta 1., inciso A). Si la respuesta es SÍ, proceda a realizar la pregunta 2. que se refiere a donde lo atendieron sistemáticamente, si la respuesta es NO pase al inciso B) y continúe de igual forma la entrevista</b>  <b>1. Padeció de .....</b> ↓																																										
	<b>2. ¿En que establecimiento de salud le atendieron sistemáticamente la hepatitis ...</b> ↓ <b>Admite más de una marca</b>																																										
		Consul. Med. ↓ Familia	Policlínico Hospital Ningún estab. de salud No se atendió																																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Familia</th> <th>Policlínico</th> <th>Hospital</th> <th>Ningún estab. de salud</th> <th>No se atendió</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>A) Hepatitis A</b></td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td><b>B) Hepatitis B</b></td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td><b>C) Hepatitis C</b></td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td><b>D) Otra Hepatitis</b></td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Familia	Policlínico	Hospital	Ningún estab. de salud	No se atendió	<b>A) Hepatitis A</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<b>B) Hepatitis B</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<b>C) Hepatitis C</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<b>D) Otra Hepatitis</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
	Sí	No	Familia	Policlínico	Hospital	Ningún estab. de salud	No se atendió																																				
<b>A) Hepatitis A</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5																																				
<b>B) Hepatitis B</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5																																				
<b>C) Hepatitis C</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5																																				
<b>D) Otra Hepatitis</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5																																				
<b>P605</b>	¿Hace más de un año algún médico le diagnosticó que tenía hepatitis?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe	} <b>Pase a Filtro 4</b>																																								
<b>P606</b>	¿Qué tipo de hepatitis le diagnosticaron hace más de un año?	<input type="checkbox"/> 1 Hepatitis A <input type="checkbox"/> 2 Hepatitis B <input type="checkbox"/> 3 Hepatitis C <input type="checkbox"/> 4 Otra Hepatitis																																									
<b>Filtro 4</b>	<b>REVISE LAS PREGUNTAS P601 y P605 ANTES DE CONTINUAR</b>																																										
	<b>Si nunca a padecido de hepatitis</b> (P601 = 3 ó P601 = 9) y (P605 = 3 ó P605 = 9) $\Rightarrow$ <b>P615</b>		<b>Si ha padecido de hepatitis</b> P601 = 1 ó P605 = 1 $\Rightarrow$ <b>P607</b>																																								
<b>P607</b>	¿Actualmente usted continúa teniendo hepatitis?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe	} <b>P615</b>																																								
<b>P608</b>	¿Usted sabe qué hepatitis tiene?	<input type="checkbox"/> 1 Sí $\Rightarrow$ <b>P610</b> <input type="checkbox"/> 3 No sabe cual																																									

P609	Pudiera decirme ¿en qué establecimiento de salud se está atendiendo sistemáticamente?  <p style="text-align: center;"><b>Admite más de una marca</b></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>P611</b></p>	<input type="checkbox"/> 1 En el Consultorio del Médico de la Familia <input type="checkbox"/> 2 En el Policlínico <input type="checkbox"/> 3 En el Instituto de Gastroenterología <input type="checkbox"/> 4 En un hospital <b>diferente</b> al Instituto de Gastroenterología <input type="checkbox"/> 5 No está siendo atendido en ningún establecimiento de salud <input type="checkbox"/> 6 No se atiende																																													
P610	¿Qué tipo de hepatitis tiene actualmente y en qué establecimiento de salud está siendo atendido sistemáticamente? <b>Primero lea en voz alta el enunciado de la pregunta 1., inciso A). Si la respuesta es SÍ, proceda a realizar la pregunta 2. que se refiere a donde lo atendieron sistemáticamente, si la respuesta es NO pase al inciso B) y continúe de igual forma la entrevista</b>  1._ Padece actualmente de .....  <p style="text-align: center;">↓</p>	2._ ¿En que establecimiento de salud se le está atendiendo sistemáticamente la hepatitis ...  <p style="text-align: center;"><b>Admite más de una marca</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">Consul. Med. Familia</th> <th style="text-align: center;">Policlínico</th> <th style="text-align: center;">Instituto Gastroent.</th> <th style="text-align: center;">Hospital dif. Inst. Gastro.</th> <th style="text-align: center;">No se atiende en ningun estab. salud</th> <th style="text-align: center;">No se atiende</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) Hepatitis A</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>B) Hepatitis B</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>C) Hepatitis C</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>D) Otra Hepatitis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Consul. Med. Familia	Policlínico	Instituto Gastroent.	Hospital dif. Inst. Gastro.	No se atiende en ningun estab. salud	No se atiende	A) Hepatitis A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	B) Hepatitis B	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	C) Hepatitis C	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	D) Otra Hepatitis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Sí	No	Consul. Med. Familia	Policlínico	Instituto Gastroent.	Hospital dif. Inst. Gastro.	No se atiende en ningun estab. salud	No se atiende																																							
A) Hepatitis A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6																																							
B) Hepatitis B	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6																																							
C) Hepatitis C	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6																																							
D) Otra Hepatitis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6																																							
P611	¿Le están tratando actualmente su hepatitis con algún medicamento?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe } <b>P613</b>																																													
P612	¿Pudiera decirme con cuál o cuáles medicamentos le están tratando <b>actualmente</b> su hepatitis?  <p style="text-align: center;"><b>Admite más de una marca</b></p>	<input type="checkbox"/> 1 Interferón <input type="checkbox"/> 2 Ribavirina <input type="checkbox"/> 3 Lamivudine <input type="checkbox"/> 4 Otro. Especifique _____																																													
P613	Lea una de las preguntas según respuesta de la pregunta <b>P611</b> <b>Si P611=1</b> ¿Anteriormente recibía otros medicamentos para el tratamiento de su hepatitis?  <b>Si P611=3 o P611=9</b> ¿Anteriormente recibía medicamentos para el tratamiento de su hepatitis?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe } <b>P615</b>																																													
P614	Pudiera decirme cuál o cuáles medicamentos recibía anteriormente para el tratamiento de su hepatitis  <p style="text-align: center;"><b>Admite más de una marca</b></p>	<input type="checkbox"/> 1 Interferón <input type="checkbox"/> 2 Ribavirina <input type="checkbox"/> 3 Lamivudine <input type="checkbox"/> 4 Otro. Especifique _____																																													
P615	Fue vacunado contra la <b>Hepatitis B</b>	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 Sabe que lo vacunaron contra la hepatitis, pero no sabe contra cual <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe o no recuerda																																													
P616	¿Pudiera decirme si padece de Cirrosis Hepática?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe } <b>P618</b>																																													

<b>P617</b>	¿En qué establecimiento de salud le están tratando sistemáticamente su cirrosis hepática?  <p style="text-align: center;"><b>Admite más de una marca</b></p>	<input type="checkbox"/> 1 En el Consultorio del Médico de la Familia <input type="checkbox"/> 2 En el Policlínico <input type="checkbox"/> 3 En el Instituto de Gastroenterología <input type="checkbox"/> 4 En un hospital <b>diferente</b> al Instituto de Gastroenterología <input type="checkbox"/> 5 En ningún establecimiento de salud <input type="checkbox"/> 6 No se está atendiendo																																																												
<b>P618</b>	¿Algún <b>familiar directo</b> suyo falleció por alguna enfermedad del hígado? <b>Familiar directo:</b> Se refiere a <b>padre, madre, hermanos e hijos</b>	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe																																																												
<b>P619</b>	¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos 10 años?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe } <b>P621</b>																																																												
<b>P620</b>	Pudiera decirme ¿En cuántas ocasiones le han transfundido sangre en ese período de 10 años?	<input type="checkbox"/> 1 Una vez <input type="checkbox"/> 2 Entre 2 y 5 veces <input type="checkbox"/> 3 Entre 6 y 10 veces <input type="checkbox"/> 4 Más de 10 veces																																																												
<b>P621</b>	¿Usted ha sido operado quirúrgicamente?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe o no recuerda } <b>P623</b>																																																												
<b>P622</b>	¿Qué tiempo ha transcurrido de la última vez que lo operaron?	<input type="checkbox"/> 1 En el último año <input type="checkbox"/> 2 Entre 2 y 5 años <input type="checkbox"/> 3 Entre 6 y 10 años <input type="checkbox"/> 4 Hace más de 10 años																																																												
<b>P623</b>	¿Pudiera decirme cuales de las siguientes infecciones o enfermedades se transmiten por relaciones sexuales desprotegidas (sin usar condón)?  <b>Lea en voz alta y registre en todas las alternativas la respuesta que declare el entrevistado</b>	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><b>Si</b></th> <th style="text-align: left;"><b>No</b></th> <th style="text-align: left;"><b>No Sabe</b></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>A. Sífilis</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>B. Gonorrea/Blenorragia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>C. Hepatitis A</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>D. Moniliasis o Candidiasis</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>E. Condiloma / Verrugas genitales</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>F. VIH/sida</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>G. Trichomoniasis</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>H. Herpes Genital</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>I. Hepatitis B</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>J. Pediculosis Pubis (Ladilla)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>K. Tuberculosis</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>L. Hepatitis C</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>M. Clamidia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td>N. Virus del Papiloma Humano</td></tr> </tbody> </table>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No Sabe</b>		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	A. Sífilis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	B. Gonorrea/Blenorragia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	C. Hepatitis A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	D. Moniliasis o Candidiasis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	E. Condiloma / Verrugas genitales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	F. VIH/sida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	G. Trichomoniasis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	H. Herpes Genital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	I. Hepatitis B	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	J. Pediculosis Pubis (Ladilla)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	K. Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	L. Hepatitis C	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	M. Clamidia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	N. Virus del Papiloma Humano
<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No Sabe</b>																																																												
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	A. Sífilis																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	B. Gonorrea/Blenorragia																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	C. Hepatitis A																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	D. Moniliasis o Candidiasis																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	E. Condiloma / Verrugas genitales																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	F. VIH/sida																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	G. Trichomoniasis																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	H. Herpes Genital																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	I. Hepatitis B																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	J. Pediculosis Pubis (Ladilla)																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	K. Tuberculosis																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	L. Hepatitis C																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	M. Clamidia																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	N. Virus del Papiloma Humano																																																											
<b>Filtro 5 &gt; REVISE LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA P301 ANTES DE CONTINUAR</b>																																																														
<b>Ha tenido alguna vez relación sexual</b> P301 = 1    ⇨    P624		<b>No ha tenido nunca relación sexual</b> P301 = 3    ⇨    P701																																																												

<b>P624</b>	¿Durante los últimos 12 meses adquirió alguna Infección de Transmisión Sexual?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No	⇒ <b>P701</b>
<b>P625</b>	¿Podría decirme si en los últimos 12 meses adquirió alguna de las siguientes infecciones? <b>Lea en voz alta y registre en todas las alternativas la respuesta que declare el entrevistado</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No Sabe/ No responde</b>
	A) Sífilis.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	B) Gonorrea/Blenorragia.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	C) Condiloma / Verrugas genitales.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	D) VIH/sida.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	E) Herpes Genital.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	F) Pediculosis Pubis (Ladilla).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	G) Clamidia.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	H) Virus del Papiloma Humano.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	I) Otra. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

<b>SECCION VII. CONOCIMIENTOS ACERCA DEL VIH/sida Y PERCEPCIÓN DE RIESGOS</b>				
<b>P701</b>	¿Tiene alguna información acerca del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No	⇒ <b>P706</b>
<b>P702</b>	¿Por qué vías obtuvo esa información? <b>Lea en voz alta y registre en todas las alternativas la respuesta que declare el entrevistado</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	A. Radio
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	B. Televisión
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	C. Médico
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	D. Amigo
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	E. Pareja
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	F. Prensa Escrita y Revista
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	G. En la escuela o Centro de Enseñanza
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	H. Materiales Promocionales sobre ITS/VIH/sida tales como libros, afiches, folletos, plegables
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	I. Por el Servicio de Línea Ayuda (Teléfono)
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	J. Cine
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	K. Por el Servicio de Consejería
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	L. Por promotores o promotoras
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	M. Por un familiar
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	N. Otra
<b>P703</b>	En los últimos 12 meses, ¿ha recibido algún folleto, plegable o manual relacionado con el VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 3 No	<input type="checkbox"/> 9 No sabe o no recuerda
<b>P704</b>	En los últimos 12 meses ¿ha escuchado mensajes sobre el VIH/sida a través de la radio?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 3 No	<input type="checkbox"/> 8 No escucha la radio
				<input type="checkbox"/> 9 No recuerda

<b>P705</b>	Sabe a donde dirigirse para obtener información sobre el VIH/sida	<input type="checkbox"/> 1 Sabe <input type="checkbox"/> 3 No sabe									
<b>P706</b>	¿Conoce que existe el servicio de <b>Línea Ayuda</b> , es decir, un número de teléfono al cual usted puede llamar de forma anónima para realizar cualquier pregunta o pedir asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No → <b>Pase a P711</b>									
<b>P707</b>	¿Ha llamado alguna vez a alguno de los teléfonos de <b>Línea Ayuda</b> para realizar alguna consulta?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No → <b>Pase a P711</b>									
<b>P708</b>	¿Le resultó clara la respuesta que le dió el personal que la atendió en el Servicio de <b>Línea Ayuda</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No									
<b>P709</b>	¿Considera suficiente la respuesta recibida del personal que la atendió en el Servicio de <b>Línea Ayuda</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No									
<b>P710</b>	¿Se sintió satisfecho con la atención recibida?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No									
<b>P711</b>	¿Conoce que existen servicios de <b>Consejería</b> , es decir, lugares a los que usted puede acudir para realizar cualquier pregunta o pedir orientación en temas de infecciones de transmisión sexual o VIH/sida, o realizarse la prueba del VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No → <b>Pase a P715</b>									
<b>P712</b>	¿Acudió alguna vez a un servicio de <b>Consejería</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No → <b>Pase a P715</b>									
<b>P713</b>	El servicio de consejería al que acudió fue de Consejería Cara a Cara, Consejería Anónima o a los dos? <b>Nota:</b> El servicio de <b>consejería anónima</b> es al que la persona acude para realizarse la prueba del VIH de forma anónima; es decir, sin dar su nombre y apellidos.	<input type="checkbox"/> 1 Consejería Cara a Cara <input type="checkbox"/> 2 Consejería Anónima <input type="checkbox"/> 3 Consejería Cara a Cara y Consejería Anónima <input type="checkbox"/> 4 No sabe									
<b>P714</b>	¿Cómo considera el servicio recibido: <b>Bueno, Regular o Malo</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 Bueno <input type="checkbox"/> 2 Regular <input type="checkbox"/> 3 Malo									
<b>P715</b>	¿En los últimos 2 años ha asistido a talleres o capacitaciones donde se aborde el tema del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No → <b>Pase a P718</b>									
<b>P716</b>	¿Recuerda si en dichos talleres o capacitaciones le entregaron libros, folletos o manuales que abordaran la temática del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 8 No recuerda <input type="checkbox"/> 9 No Responde									
<b>P717</b>	¿Considera que le resultó útil la información recibida en la capacitación?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 8 No recuerda <input type="checkbox"/> 9 No Responde									
<b>P718</b>	Pudiera decirme si en los últimos 2 años asistió a actividades o videos debates en los que se trató el tema del VIH/sida  A) ¿Asistió a actividades? B) ¿Asistió a videos debates?	<table border="0"> <tr> <td><b>Si</b></td> <td><b>No</b></td> <td><b>No recuerda</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> </tr> </table>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No recuerda</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No recuerda</b>									
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8									
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8									

<b>P719</b>	<p>Ahora le leeré algunas proposiciones sobre la transmisión del virus del VIH/sida. En cada caso debe decirme si es Verdadero, Falso o si No Sabe</p> <p>"El VIH/ sida puede transmitirse a través de:"</p> <p>A) Saliva, lágrima.....</p> <p>B) Relaciones sexuales desprotegidas (sin usar condón).....</p> <p>C) Tos ó secreciones respiratorias.....</p> <p>D) Lactancia materna.....</p> <p>E) Vasos, cubiertos, platos, teléfono,etc.....</p> <p>F) Sangre.....</p> <p>G) Contacto con la piel (abrazo, estrechar la mano).....</p> <p>H) Jeringuillas, agujas, u otros materiales usados para tatuajes, intervenciones quirúrgicas, sin esterilizar.....</p> <p>I) Alimentos, agua.....</p> <p>J) Brujería.....</p> <p>K) Picaduras de Insectos tales como mosquitos,abejas, etc....</p> <p>L) Semen.....</p> <p>M) Líquidos Preeyaculatorios.....</p> <p>N) Fluídos o Secreciones vaginales.....</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Verdadero</th> <th>Falso</th> <th>No Sabe / No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> </tbody> </table>		Verdadero	Falso	No Sabe / No Responde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	Verdadero	Falso	No Sabe / No Responde																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																															
<b>P720</b>	<p>Según su opinión, ¿qué posibilidad tiene Ud. de contraer el virus del VIH/sida?</p> <p>¿Cree que es alta, baja, o ninguna?</p>	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Ninguna</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>Baja</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Alta</td><td>⇒ P722</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4</td><td>No sabe</td><td rowspan="2">} ⇒ P723</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5</td><td>Ya está infectado</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Ninguna		<input type="checkbox"/> 2	Baja		<input type="checkbox"/> 3	Alta	⇒ P722	<input type="checkbox"/> 4	No sabe	} ⇒ P723	<input type="checkbox"/> 5	Ya está infectado																																																		
<input type="checkbox"/> 1	Ninguna																																																																	
<input type="checkbox"/> 2	Baja																																																																	
<input type="checkbox"/> 3	Alta	⇒ P722																																																																
<input type="checkbox"/> 4	No sabe	} ⇒ P723																																																																
<input type="checkbox"/> 5	Ya está infectado																																																																	
<b>P721</b>	<p>¿Por qué piensa Ud. que tiene baja o ninguna posibilidad de contraer el virus del VIH/sida?</p> <p><b>Registre todas las respuestas que declare el entrevistado</b></p> <p><b>Pasar a P723</b></p>	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/> 01</td><td>Nunca he tenido relaciones sexuales</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 02</td><td>No tuve relaciones sexuales en el último año</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 03</td><td>Tengo sólo una pareja</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 04</td><td>Confío en que mi pareja no esta infectada</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 05</td><td>Siempre uso condones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 06</td><td>Siempre uso condones con parejas ocasionales</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 07</td><td>Mi pareja es fiel</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 08</td><td>No me he transfundido</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 09</td><td>No he usado jeringuillas sin esterilizar</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10</td><td>No tengo relaciones con prostitutas (os)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 11</td><td>Sólo los que tienen múltiples parejas sexuales están en riesgo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12</td><td>No he tenido relaciones desprotegidas con seropositivos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 13</td><td>Otras Especifique _____</td></tr> </table> <p style="text-align: right;">⇩ P723</p>	<input type="checkbox"/> 01	Nunca he tenido relaciones sexuales	<input type="checkbox"/> 02	No tuve relaciones sexuales en el último año	<input type="checkbox"/> 03	Tengo sólo una pareja	<input type="checkbox"/> 04	Confío en que mi pareja no esta infectada	<input type="checkbox"/> 05	Siempre uso condones	<input type="checkbox"/> 06	Siempre uso condones con parejas ocasionales	<input type="checkbox"/> 07	Mi pareja es fiel	<input type="checkbox"/> 08	No me he transfundido	<input type="checkbox"/> 09	No he usado jeringuillas sin esterilizar	<input type="checkbox"/> 10	No tengo relaciones con prostitutas (os)	<input type="checkbox"/> 11	Sólo los que tienen múltiples parejas sexuales están en riesgo	<input type="checkbox"/> 12	No he tenido relaciones desprotegidas con seropositivos	<input type="checkbox"/> 13	Otras Especifique _____																																						
<input type="checkbox"/> 01	Nunca he tenido relaciones sexuales																																																																	
<input type="checkbox"/> 02	No tuve relaciones sexuales en el último año																																																																	
<input type="checkbox"/> 03	Tengo sólo una pareja																																																																	
<input type="checkbox"/> 04	Confío en que mi pareja no esta infectada																																																																	
<input type="checkbox"/> 05	Siempre uso condones																																																																	
<input type="checkbox"/> 06	Siempre uso condones con parejas ocasionales																																																																	
<input type="checkbox"/> 07	Mi pareja es fiel																																																																	
<input type="checkbox"/> 08	No me he transfundido																																																																	
<input type="checkbox"/> 09	No he usado jeringuillas sin esterilizar																																																																	
<input type="checkbox"/> 10	No tengo relaciones con prostitutas (os)																																																																	
<input type="checkbox"/> 11	Sólo los que tienen múltiples parejas sexuales están en riesgo																																																																	
<input type="checkbox"/> 12	No he tenido relaciones desprotegidas con seropositivos																																																																	
<input type="checkbox"/> 13	Otras Especifique _____																																																																	

<b>P722</b>	<p>¿Por qué piensa Ud. que tiene alta posibilidad de contraer el virus del VIH/sida?</p> <p><b>Registre todas las respuestas que declare el entrevistado</b></p>	<input type="checkbox"/> 01 Soy sexualmente activo <input type="checkbox"/> 02 Tengo múltiples parejas sexuales <input type="checkbox"/> 03 No confío en mi pareja <input type="checkbox"/> 04 No siempre uso condones <input type="checkbox"/> 05 No siempre uso condones con parejas ocasionales <input type="checkbox"/> 06 Mi pareja me es infiel <input type="checkbox"/> 07 Me he transfundido <input type="checkbox"/> 08 He usado jeringuillas sin esterilizar <input type="checkbox"/> 09 Tengo relaciones con prostitutas (os) <input type="checkbox"/> 10 He tenido relaciones desprotegidas con seropositivos <input type="checkbox"/> 11 Otras. Especifique _____																																				
<b>P723</b>	<p><b>Ahora le leeré algunas medidas sobre la protección contra el VIH/sida. En cada caso debe decirme si es Verdadero, Falso o si No Sabe</b></p> <p><b>"Las personas pueden reducir el riesgo de contraer el VIH/sida"</b></p> <p>A) Con una buena dieta.....</p> <p>B) Manteniendo relaciones sexuales con una sola pareja que sea fiel y no esté infectada.....</p> <p>C) Evitando baños públicos.....</p> <p>D) Usando preservativos o condones en todas las relaciones sexuales</p> <p>E) Evitando tocar a personas que tengan VIH/sida.....</p> <p>F) Evitando compartir alimentos con una persona con VIH/sida.....</p> <p>G) Evitando picaduras de mosquitos u otros insectos similares</p> <p>H) Asegurándose de que cada inyección que le pongan sea con una aguja desinfectada.....</p> <p>I) Teniendo relaciones sexuales sin penetración.....</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Verdadero</th> <th style="text-align: center;">Falso</th> <th style="text-align: center;">No Sabe / No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>		Verdadero	Falso	No Sabe / No Responde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	Verdadero	Falso	No Sabe / No Responde																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<b>P724</b>	<p>¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH/sida?</p>	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe																																				
<b>P725</b>	<p>¿Considera que una persona que se ve sana puede transmitir el virus del VIH/sida?</p>	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe																																				
<b>P726</b>	<p>¿Algún pariente, amigo o colega suyo está infectado con el virus del VIH/sida?</p>	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe/ No está seguro																																				
<b>P727</b>	<p>¿Cree que una persona infectada con el virus del VIH/sida muestra siempre síntomas o puede parecer perfectamente sana?</p>	<input type="checkbox"/> 1 Siempre hay síntomas <input type="checkbox"/> 3 Puede parecer sano <input type="checkbox"/> 9 No sabe																																				

P728	<b>Ahora yo le voy a leer algunas proposiciones, Ud. analícelas y por favor respóndame si está DE ACUERDO O EN DESACUERDO O NO SABE</b>	Acuerdo	Desacuerdo	No Sabe / No Responde
	<b>A) Los condones se rompen.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>B) El virus del VIH/sida puede traspasar el material con el que está hecho el condón.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>C) Los condones reducen el placer.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>D) Las personas que te proponen usar el condón es porque desconfían de ti.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>E) Sólo los que tienen parejas múltiples deben usar condones</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>F) Si propones usar condón piensan que tu desconfías.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>G) Si propones usar condón piensan que tienes algún problema</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>H) Con la pareja estable NO hay que usar condones .....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>I) Los condones son para personas que practican la prostitución.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>J) Los condones NO son eficaces para prevenir el contagio de las ITS y el VIH/sida.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>K) Para prevenir el contagio con el VIH/sida es necesario usar dos condones.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>L) El condón no hace falta porque en Cuba no hay muchas personas con el VIH/sida.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>M) El condón no hay que usarlo porque en Cuba todas las personas con el VIH/sida están en un Sanatorio.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>N) El condón no hay que usarlo porque el sida no es una enfermedad mortal.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>O) El sida es una enfermedad mortal.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>P) Ya existe cura para el VIH/sida por lo que no es necesario usar condones.....</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
<b>P729</b>	¿Le han hecho en los últimos 12 meses una prueba para saber si está infectado con el virus del VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 3 No	<input type="checkbox"/> 9 No sabe } ⇒ <b>P731</b>
<b>P730</b>	No tiene que decirme el resultado de la prueba, solo me interesa saber si conoce el resultados de la misma	<input type="checkbox"/> 1 Si conoce	<input type="checkbox"/> 3 No conoce	<input type="checkbox"/> 9 No responde
<b>P731</b>	¿Alguna vez le han hecho una prueba para saber si está infectado con el virus del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 3 No	<input type="checkbox"/> 9 No sabe } ⇒ <b>P733</b>
<b>P732</b>	No tiene que decirme el resultado de la prueba, solo me interesa saber si conoce el resultado de la misma	<input type="checkbox"/> 1 Si conoce	<input type="checkbox"/> 3 No conoce	<input type="checkbox"/> 9 No responde
<b>P733</b>	Si quisiera hacerse la prueba del VIH/sida ¿Sabría a donde dirigirse para que se la hagan?	<input type="checkbox"/> 1 Sabe	<input type="checkbox"/> 3 No sabe	

**SECCION VIII. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN**

<b>P801</b>	¿Estaría dispuesto a cuidar a un familiar suyo infectado con el virus del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P802</b>	¿Estaría dispuesto a <b>recibir en su casa</b> a un amigo suyo que sepa que contrajo el virus del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P803</b>	¿Estaría dispuesto a admitir que un hijo(a) suyo comparta juegos y/o actividades con una persona infectada con el virus del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P804</b>	¿Estaría dispuesto a compartir en actividades con una persona infectada con el virus del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P805</b>	¿Estaría dispuesto a recibir atención médica en un centro de salud donde se atienden otras personas infectadas con el virus del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P806</b>	¿Estaría dispuesto a convivir con un familiar infectado con el virus del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P807</b>	¿Estaría dispuesto a trabajar con una persona infectada con el virus del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P808</b>	¿Opina Ud. que las personas infectadas con el virus del VIH/sida pueden seguir trabajando con otras personas?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P809</b>	Si supiera que el dependiente del agromercado está infectado con el virus del VIH/sida ¿Le compraría frutas, viandas o vegetales?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P810</b>	Si un profesor o profesora se encuentra infectado por el VIH/sida ¿Se le podría permitir que continúe impartiendo clases en la escuela?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P811</b>	¿Estaría dispuesto a darle la mano o un abrazo a una persona que supiera que está infectada con el virus del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P812</b>	Las personas con el virus del VIH/sida, ¿deberían recibir más, menos o los mismos servicios de salud que otras personas gravemente enfermas?	<input type="checkbox"/> 1 Menos <input type="checkbox"/> 2 El mismo <input type="checkbox"/> 3 Más <input type="checkbox"/> 9 No sabe

<b>P813</b>	¿Si usted fuera un trabajador de la salud, estaría dispuesto a atender a una persona infectada con el virus del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P814</b>	¿Piensa que las personas que saben que están infectadas con el virus del VIH/sida tienen derecho a ocultarlo o no tienen derecho a ocultarlo?	<input type="checkbox"/> 1 Tienen derecho a ocultarlo <input type="checkbox"/> 3 No tienen derecho a ocultarlo <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P815</b>	¿Piensa que las mujeres infectadas con el virus del VIH/sida son o fueron promiscuas o prostitutas?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P816</b>	¿Cree que una persona infectada con el virus del VIH/sida puede ocupar un cargo directivo en algún centro de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P817</b>	¿Piensa que los hombres infectados con el virus del VIH/sida adquirieron el virus teniendo relaciones sexuales con otros hombres ?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P818</b>	¿Permitiría que un hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre visite su casa?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P819</b>	¿Estaría dispuesto a establecer una amistad con un hombre que usted conozca que mantiene relaciones sexuales con otro hombre ?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P820</b>	¿Estaría dispuesto a admitir que un hijo suyo comparta juegos y/o actividades con otro niño u hombre que aparente tener inclinación hacia su mismo sexo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 Depende del tipo de juego o actividad <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P821</b>	¿Estaría dispuesto a compartir en actividades recreativas con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres ?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P822</b>	¿Estaría dispuesto a recibir atención médica de un personal masculino de la salud que conozca que mantiene relaciones sexuales con otro hombre?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P823</b>	Si pudiera decidir ¿Estaría dispuesto a vivir bajo el mismo techo con un hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre ?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe

<b>P824</b>	Cree usted que los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres tienden a abusar o tener relaciones sexuales con los niños?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P825</b>	¿Estaría dispuesto a trabajar con un hombre que mantiene relaciones sexuales con otro hombre ?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P826</b>	Si fuera directivo de una empresa y supiera que un trabajador suyo mantiene relaciones sexuales con otro hombre ¿Permitiría que continuara incorporado a su puesto de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P827</b>	Si se sabe que un profesor mantiene relaciones sexuales con otro hombre. ¿Se le podría permitir que continuara impartiendo clases en la escuela?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P828</b>	Cree que un hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre puede ocupar un cargo directivo en algún centro de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P829</b>	¿Qué haría usted si un hijo varón le comunicara que siente inclinación hacia las personas de su mismo sexo o que tiene una pareja de su mismo sexo?	<input type="checkbox"/> 1 Lo vería como algo normal <input type="checkbox"/> 2 No lo aceptaría bajo ningún concepto <input type="checkbox"/> 3 Me dolería pero terminaría por aceptarlo <input type="checkbox"/> 4 Respetaría su decisión <input type="checkbox"/> 5 Actuaría con violencia <input type="checkbox"/> 6 Buscaría ayuda profesional (lo llevaría a un psicólogo...) <input type="checkbox"/> 7 Otra. Especifique <p style="text-align: center;">_____</p> <input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde