

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 a personas con VIH/sida, 2009.

### Cuestionario Individual

(Para personas de 12 años y más)

#### IDENTIFICATIVO DEL CUESTIONARIO

Provincia

Municipio

Cuestionario No.

Para uso del entrevistador y oficinista

	Fecha	Nombre	Observaciones
Enumerador:	<input type="text"/> día mes	_____	_____ _____ _____
Oficinista:	<input type="text"/> día mes	_____	_____ _____ _____







El Fondo Mundial de Lucha contra el sida ha asignado fondos a nuestro país para apoyar a las personas con VIH y en específico, para mejorar su atención médica y calidad de vida. Para conocer los resultados alcanzados hasta la fecha con las acciones desarrolladas se ha diseñado un conjunto de preguntas que nos gustaría poder realizarle si usted acepta responder. Pero antes permítame garantizarle que su respuesta será totalmente confidencial, anónima, y se utilizará sólo con fines estadísticos, es decir, que nadie va a conocer su respuesta. Por tanto desearíamos su más sincera cooperación.

<b>SECCIÓN I. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA</b>	
<b>P101</b> ¿Podría decirme en qué provincia y municipio usted reside de manera habitual?  (Anote el nombre de la provincia y el municipio encima de la línea y deje en blanco los cuadrillos)	<b>A)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Provincia</b> _____  <b>B)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Municipio</b> _____
<b>SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>	
<b>P201</b> Sexo Biológico	<input type="checkbox"/> 1 Hombre <input type="checkbox"/> 3 Mujer
<b>P202</b> ¿Podría decirme cuál es su <b>Edad (en años cumplidos)</b> ?	<input type="text"/> <input type="text"/> años
<b>P203</b> ¿Podría decirme cuál es el año o grado de estudio más alto que usted aprobó?  (Anote el año o grado en el nivel educacional correspondiente)	<b>0</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguno ( <b>0</b> ) <b>1</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Primaria ( <b>1- 6</b> ) <b>2</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Sec. Básica ( <b>7- 10</b> ) <b>3</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Obr. Calificado ( <b>1- 5</b> ) <b>4</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Preuniversitario ( <b>10 - 13</b> ) <b>5</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Técnico Medio ( <b>1- 5</b> ) <b>6</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Universitario ( <b>1- 7</b> )
<b>P204</b> ¿Podría decirme 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>P205</b> ¿Podría decirme en cuál de las siguientes situaciones se encuentra actualmente?  Lea en voz alta y anote la(s) alternativa(s) de respuesta(s) que declare el entrevistado	<input type="checkbox"/> 1 Esta casado/a y convive con su esposo/a <input type="checkbox"/> 2 Esta casado/a pero no convive con su esposo/a <input type="checkbox"/> 3 Tiene una pareja con la que no está casado/a legalmente pero viven juntos <input type="checkbox"/> 4 Tiene una pareja fija con la que tiene relaciones con regularidad, pero no viven juntos <input type="checkbox"/> 5 Tiene relaciones eventuales con una pareja, pero sin compromiso, cuando ambos pueden o quieren <input type="checkbox"/> 6 Tiene relaciones sexuales cuando se presenta la ocasión <input type="checkbox"/> 7 No tiene pareja <input type="checkbox"/> 8 Otra Situación. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 9 No responde

<b>P206</b>	¿Podría decirme cuál era su situación de actividad la semana anterior?  <b>Lea en voz alta y anote la alternativa de respuesta que declare el entrevistado</b>	<input type="checkbox"/> 1 Trabajó <input type="checkbox"/> 2 Tenía trabajo pero no trabajó <input type="checkbox"/> 3 Estudiante <input type="checkbox"/> 4 Buscaba trabajo <input type="checkbox"/> 5 Jubilado o pensionado <input type="checkbox"/> 6 Quehaceres del hogar <input type="checkbox"/> 7 Incapacitado para el trabajo <input type="checkbox"/> 8 No realizó ninguna actividad <input type="checkbox"/> 9 Otra Situación
<b>P207</b>	Color de la piel  <b>(No formule esta pregunta, marque la casilla que corresponda según su propia observación)</b>	<input type="checkbox"/> 1 Blanco <input type="checkbox"/> 2 Negro <input type="checkbox"/> 3 Mulato o mestizo

**SECCIÓN III. CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y DEL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO**

<b>P301</b>	¿Podría decirme qué tiempo hace que le diagnosticaron que era seropositivo al VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Hace menos de 1 año <input type="checkbox"/> 2 Entre 1 y 4 años <input type="checkbox"/> 3 Entre 5 y 10 años <input type="checkbox"/> 4 Hace más de 10 años <input type="checkbox"/> 8 No recuerda el tiempo <input type="checkbox"/> 9 No Responde
<b>P302</b>	¿Considera que en el momento en que adquirió el VIH tenía información suficiente de cómo prevenir la infección por VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Recuerda / No Responde
<b>P303</b>	Según su opinión, el haberse infectado con el VIH/sida estuvo asociado a alguna de las siguientes situaciones:  <b>Lea en voz alta y anote las respuestas que declare el entrevistado</b>	<input type="checkbox"/> 01 No haber usado condón en las relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 02 Haber tenido múltiples parejas sexuales <input type="checkbox"/> 03 Por haber confiado en su pareja <input type="checkbox"/> 04 Porque Dios lo dispuso así <input type="checkbox"/> 05 Porque el destino le jugó una mala pasada <input type="checkbox"/> 06 Por no haber tenido información suficiente de cómo se transmite el VIH <input type="checkbox"/> 07 Por no saber como protegerse de la infección por VIH <input type="checkbox"/> 08 Quería infectarse con el VIH <input type="checkbox"/> 09 Por compartir con personas seropositivas <input type="checkbox"/> 10 Por una transfusión que le pusieron con sangre infectada <input type="checkbox"/> 11 Por no percibir que tenía posibilidades de infectarse <input type="checkbox"/> 12 Por usar jeringuillas o agujas sin esterilizar ( ejemplo en tatuajes) <input type="checkbox"/> 13 Otra ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> 99 No Sabe / No Responde
<b>P304</b>	¿Podría decirme cuál era su situación de actividad cuando le diagnosticaron que era seropositivo al VIH?  <b>Lea en voz alta y anote la alternativa de respuesta que declare el entrevistado</b>	<input type="checkbox"/> 1 Trabajaba      ⇒ <b>P307</b> <input type="checkbox"/> 2 Estudiaba      ⇒ <b>P305</b> <input type="checkbox"/> 3 Buscaba trabajo <input type="checkbox"/> 4 Jubilado o pensionado <input type="checkbox"/> 5 Se dedicaba a los quehaceres del hogar      } <b>P309</b> <input type="checkbox"/> 6 Incapacitado para el trabajo <input type="checkbox"/> 7 No realizaba ninguna actividad <input type="checkbox"/> 8 Otra. Especifique <input type="checkbox"/> 9 No Responde

<b>P305</b>	¿Continuó estudiando en su misma escuela después que le diagnosticaron que era seropositivo al VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si  <b>P309</b> <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde  <b>P309</b>
<b>P306</b>	¿Podría decirme por qué no continuó estudiando en su misma escuela?  ( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado )  <b>Pase a P309</b>	<input type="checkbox"/> 1 Se sintió rechazado por sus profesores <input type="checkbox"/> 2 Se sintió rechazado por sus compañeros <input type="checkbox"/> 3 La dirección de la escuela al conocer su diagnóstico le sugirió que se trasladara <input type="checkbox"/> 4 Prefirió irse a otra escuela donde no conocieran su diagnóstico <input type="checkbox"/> 5 No quiso seguir estudiando <input type="checkbox"/> 6 No pudo seguir estudiando porque lo internaron en el sanatorio <input type="checkbox"/> 7 Otra. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 9 No Responde  <b>Pase a P309</b>
<b>P307</b>	¿Continuó trabajando en su mismo centro después que le diagnosticaron que era seropositivo al VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si  <b>P309</b> <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde  <b>P309</b>
<b>P308</b>	¿Podría decirme por qué no continuó trabajando en su mismo centro?  ( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado )	<input type="checkbox"/> 01 Pensaba cambiar de trabajo antes de conocer que era seropositivo al VIH <input type="checkbox"/> 02 No pudo seguir trabajando porque lo internaron en el Sanatorio y no le guardaron su plaza <input type="checkbox"/> 03 Le cerraron el contrato <input type="checkbox"/> 04 Le dijeron que ya no era idóneo para ocupar la plaza <input type="checkbox"/> 05 Le propusieron que ocupara otra plaza diferente a la suya y no aceptó <input type="checkbox"/> 06 La dirección del centro al conocer su diagnóstico le pidió que se trasladara <input type="checkbox"/> 07 Se sentía rechazado por sus compañeros <input type="checkbox"/> 08 Prefirió irse a otro centro donde no conocieran su diagnóstico <input type="checkbox"/> 09 Prefirió acogerse a los beneficios de la Asistencia Social <input type="checkbox"/> 10 No quiso continuar trabajando <input type="checkbox"/> 11 Otra. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 99 No Responde
<b>P309</b>	¿Conoce usted que en Cuba existen regulaciones legales que establecen que las personas con VIH/sida tienen derecho a trabajar?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No
<b>Filtro 1</b>  <b>REVISE LAS RESPUESTAS DE LAS PREGUNTAS P202 y P206 ANTES DE CONTINUAR</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si P202 ≥ 17 años y (P206=4 o P206=6 o P206=8 o P206=9)</li> </ul>  <b>Pase a P310</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si P202 &lt; 17 años</li> <li>• Si P202 ≥ 17 años y (P206=1 o P206=2 o P206=3 o P206=5 o P206=7 )</li> </ul>  <b>Pase a P311</b>

<b>P310</b>	¿Pudiera decirme por qué no trabaja en la actualidad?  <b>( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado )</b>	<input type="checkbox"/> 01 Porque no tiene deseos de trabajar <input type="checkbox"/> 02 Porque no encuentra trabajo <input type="checkbox"/> 03 Porque las ofertas de trabajo que ha encontrado no cumplen sus expectativas <input type="checkbox"/> 04 Porque en los centros donde ha ido a solicitar empleo lo han rechazado por su diagnóstico <input type="checkbox"/> 05 Porque se dedica a los quehaceres del hogar <input type="checkbox"/> 06 Porque teme ser rechazado por su diagnóstico <input type="checkbox"/> 07 Porque no se siente bien de salud <input type="checkbox"/> 08 Porque prefirió acogerse a los beneficios de la Asistencia Social <input type="checkbox"/> 09 Porque no necesita trabajar <input type="checkbox"/> 10 Otra. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 99 No Responde
<b>P311</b>	¿En los últimos 12 meses ha ido a alguna de las direcciones Municipales o Provinciales de Trabajo para solicitar trabajo, asesoría jurídica, o apoyo de la Seguridad o Asistencia Social?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde } <b>P314</b>
<b>P312</b>	¿Se ha sentido satisfecho con la atención recibida en las direcciones de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Si → <b>P314</b> <input type="checkbox"/> 2 No totalmente satisfecho <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Responde → <b>P314</b>
<b>P313</b>	¿Pudiera decirme por qué no se sintió satisfecho con la atención que recibió en las direcciones de trabajo?  <b>( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado )</b>	<input type="checkbox"/> 01 Porque los puestos de trabajo que le ofertaron no estaban acorde con su estado de salud <input type="checkbox"/> 02 Porque los puestos de trabajo que le ofertaron son para personas menos calificadas <input type="checkbox"/> 03 Porque le dijeron que al ser seropositivo estaba limitado de ocupar determinadas plazas <input type="checkbox"/> 04 Porque le ofertaron puestos de trabajo de bajos salarios <input type="checkbox"/> 05 Porque solo le ofertaron plazas en servicios comunales <input type="checkbox"/> 06 Porque le ofertaron plazas de menor escala salarial que la que usted ocupaba <input type="checkbox"/> 07 Porque no resolvieron su problema laboral <input type="checkbox"/> 08 Porque el apoyo de la Seguridad o Asistencia Social que le ofrecieron no le alcanza para vivir <input type="checkbox"/> 09 Porque se percató de que el personal de la dirección de trabajo que lo atendió no dominaba las regulaciones legales que amparan a las personas seropositivas <input type="checkbox"/> 10 Porque el apoyo de Seguridad o Asistencia Social que le ofrecieron no le permite atender a su familia <input type="checkbox"/> 11 Porque no le brindaron apoyo de Seguridad o Asistencia Social <input type="checkbox"/> 12 Otro. Especifique. _____ <input type="checkbox"/> 99 No Sabe/No Responde
<b>P314</b>	¿Recuerda haberse sentido rechazado/a alguna vez por ser seropositivo al VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde } <b>P317</b>
<b>P315</b>	¿Se ha sentido rechazado en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde } <b>P317</b>

P316	Pudiera decirme por quienes se ha sentido rechazado en los últimos 12 meses  <b>Marque todas las respuesta que declare el entrevistado</b>	<input type="checkbox"/> 01 Por su familia <input type="checkbox"/> 02 Por las personas con quienes convive <input type="checkbox"/> 03 Por su pareja <input type="checkbox"/> 04 Por sus amigos <input type="checkbox"/> 05 Por sus compañeros de estudio o de trabajo <input type="checkbox"/> 06 Por sus jefes <input type="checkbox"/> 07 Por sus vecinos <input type="checkbox"/> 08 Por las personas del barrio <input type="checkbox"/> 09 Por su médico de la familia <input type="checkbox"/> 10 Por el personal médico de algunos hospitales <input type="checkbox"/> 11 Por estomatólogos <input type="checkbox"/> 12 Por otras personas ¿Cuáles?  <input type="checkbox"/> 99 No Responde																																																																						
P317	¿Tiene hijos en la actualidad?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde } <b>P319</b>																																																																						
P318	¿Pudiera decirme cuántos hijos menores de 18 años y cuántos de 18 años o más tiene usted?  <b>Si la persona no responde anote 99</b>	<b>A._</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Menores de 18 años <b>B._</b> <input type="text"/> <input type="text"/> De 18 años o más																																																																						
P319	¿Convive con otras personas en su vivienda?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde } <b>P321</b>																																																																						
P320	Pudiera decirme ¿qué personas conviven con usted en su vivienda y cómo son sus relaciones con cada una de ellas? <b>Primero lea en voz alta el inciso 1, identificando si la persona convive con el entrevistado. En caso que responda SÍ, sin pasar al siguiente parentesco, proceda a preguntar el inciso 2 que se refiere a como califica la relación con esa persona. En caso que responda NO proceda a preguntar el inciso 1 al siguiente parentesco.</b>  <b>1._ Convive con.....</b> ↓ <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Excelentes</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Muy buenas</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Buenas</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Regulares</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Malas</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>A) Padre</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="border-left: 1px dashed black;"></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td><b>B) Madre</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="border-left: 1px dashed black;"></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td><b>C) Hijos</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="border-left: 1px dashed black;"></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td><b>D) Pareja</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="border-left: 1px dashed black;"></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td><b>E) Otros parientes</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="border-left: 1px dashed black;"></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td><b>G) Otras personas no parientes</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="border-left: 1px dashed black;"></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"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>			Sí	No		Excelentes	Muy buenas	Buenas	Regulares	Malas	No Responde	<b>A) Padre</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"/> 9	<b>B) Madre</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"/> 9	<b>C) Hijos</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"/> 9	<b>D) Pareja</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"/> 9	<b>E) Otros parientes</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"/> 9	<b>G) Otras personas no parientes</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"/> 9
	Sí	No		Excelentes	Muy buenas	Buenas	Regulares	Malas	No Responde																																																															
<b>A) Padre</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"/> 9																																																															
<b>B) Madre</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"/> 9																																																															
<b>C) Hijos</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"/> 9																																																															
<b>D) Pareja</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"/> 9																																																															
<b>E) Otros parientes</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"/> 9																																																															
<b>G) Otras personas no parientes</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"/> 9																																																															

<b>P321</b>	<p>¿Se ha sentido apoyado emocionalmente por alguna de las siguientes personas para enfrentar su condición de seropositivo al VIH?</p> <p><b>Marque en cada alternativa la respuesta que declare el entrevistado</b></p> <p><b>A)</b> Familiares</p> <p><b>B)</b> Vecinos</p> <p><b>C)</b> Amigos/compañeros</p> <p><b>D)</b> Personas con quienes convive</p> <p><b>E)</b> Personas del barrio</p> <p><b>F)</b> Médico y enfermera de la consulta municipal de VIH</p> <p><b>G)</b> Médico del consultorio de la familia</p> <p><b>H)</b> Enfermera del consultorio del médico de la familia</p> <p><b>I)</b> Enfermera encuestadora</p> <p><b>J)</b> Trabajador social del Policlínico</p> <p><b>K)</b> Personal de la Clínica Estomatológica</p> <p><b>L)</b> Personal de laboratorio del Policlínico</p> <p><b>M)</b> Epidemiólogo del municipio</p> <p><b>N)</b> Educador del municipio</p> <p>(Si el entrevistado No tuviera familiares, amigos, vecinos o viviera solo, marque en ese caso la casilla "No tiene")</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Se siente</th> <th>No se siente</th> <th>No conocen</th> <th colspan="2">No Sabe/</th> </tr> <tr> <th>Ayudado</th> <th>Ayudado</th> <th>su Diagnóstico</th> <th>No tiene</th> <th>No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>	Se siente	No se siente	No conocen	No Sabe/		Ayudado	Ayudado	su Diagnóstico	No tiene	No Responde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Se siente	No se siente	No conocen	No Sabe/																																																																															
Ayudado	Ayudado	su Diagnóstico	No tiene	No Responde																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																																																														
<b>SECCIÓN IV. EQUIPO DE AYUDA MUTUA</b>																																																																																		
<b>P401</b>	<p>¿Ha oído hablar de los <b>Equipos de Ayuda Mutua (EAM)</b>? (Grupos de personas que también fueron diagnosticadas como seropositivas al VIH, que se reúnen periódicamente para comentar sus vivencias y ofrecer apoyo a otros que lo necesitan, o recibir apoyo en caso necesario)</p> <p><b>Si necesitan información llamar al Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/sida al 831 1606 u 830 3157, centros provinciales o municipales de prevención de las ITS/VIH/sida, a los Coordinadores de la Línea de Apoyo a las PVS.</b></p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>Si</td> <td rowspan="3">} <b>Pase a la Sección V</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>No Recuerda</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Si	} <b>Pase a la Sección V</b>	<input type="checkbox"/> 3	No	<input type="checkbox"/> 9	No Recuerda																																																																									
<input type="checkbox"/> 1	Si	} <b>Pase a la Sección V</b>																																																																																
<input type="checkbox"/> 3	No																																																																																	
<input type="checkbox"/> 9	No Recuerda																																																																																	
<b>P402</b>	<p>¿Podría decirme por qué <b>vías conoció</b> de la existencia de los <b>Equipo de Ayuda Mutua</b>?</p> <p>(Marque todas las respuestas que declare el entrevistado)</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01</td> <td>Por un integrante de un Equipo de Ayuda Mutua</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02</td> <td>Por el epidemiólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03</td> <td>Por plegables, folletos y/o manuales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04</td> <td>Por los medios de comunicación masiva</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05</td> <td>Por una amistad, un familiar o su pareja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06</td> <td>Por el curso Aprendiendo a vivir con VIH</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 07</td> <td>Por la enfermera encuestadora</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 08</td> <td>Otra. Especifique _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 09</td> <td>No recuerda</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 99</td> <td>No Responde</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 01	Por un integrante de un Equipo de Ayuda Mutua	<input type="checkbox"/> 02	Por el epidemiólogo	<input type="checkbox"/> 03	Por plegables, folletos y/o manuales	<input type="checkbox"/> 04	Por los medios de comunicación masiva	<input type="checkbox"/> 05	Por una amistad, un familiar o su pareja	<input type="checkbox"/> 06	Por el curso Aprendiendo a vivir con VIH	<input type="checkbox"/> 07	Por la enfermera encuestadora	<input type="checkbox"/> 08	Otra. Especifique _____	<input type="checkbox"/> 09	No recuerda	<input type="checkbox"/> 99	No Responde																																																												
<input type="checkbox"/> 01	Por un integrante de un Equipo de Ayuda Mutua																																																																																	
<input type="checkbox"/> 02	Por el epidemiólogo																																																																																	
<input type="checkbox"/> 03	Por plegables, folletos y/o manuales																																																																																	
<input type="checkbox"/> 04	Por los medios de comunicación masiva																																																																																	
<input type="checkbox"/> 05	Por una amistad, un familiar o su pareja																																																																																	
<input type="checkbox"/> 06	Por el curso Aprendiendo a vivir con VIH																																																																																	
<input type="checkbox"/> 07	Por la enfermera encuestadora																																																																																	
<input type="checkbox"/> 08	Otra. Especifique _____																																																																																	
<input type="checkbox"/> 09	No recuerda																																																																																	
<input type="checkbox"/> 99	No Responde																																																																																	
<b>P403</b>	<p>¿Pertenece o ha pertenecido a algún <b>Equipo de Ayuda Mutua</b>?</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>Si</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>No</td> <td>➡ <b>P407</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>No Responde</td> <td>➡ <b>Pase a la Sección V</b></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Si		<input type="checkbox"/> 3	No	➡ <b>P407</b>	<input type="checkbox"/> 9	No Responde	➡ <b>Pase a la Sección V</b>																																																																							
<input type="checkbox"/> 1	Si																																																																																	
<input type="checkbox"/> 3	No	➡ <b>P407</b>																																																																																
<input type="checkbox"/> 9	No Responde	➡ <b>Pase a la Sección V</b>																																																																																
<b>P404</b>	<p>¿Considera que ha sido bueno para usted pertenecer a un <b>Equipo de Ayuda Mutua</b>?</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>Si</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>No</td> <td>➡ <b>P406</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>No Responde</td> <td>➡ <b>Pase a la Sección V</b></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Si		<input type="checkbox"/> 3	No	➡ <b>P406</b>	<input type="checkbox"/> 9	No Responde	➡ <b>Pase a la Sección V</b>																																																																							
<input type="checkbox"/> 1	Si																																																																																	
<input type="checkbox"/> 3	No	➡ <b>P406</b>																																																																																
<input type="checkbox"/> 9	No Responde	➡ <b>Pase a la Sección V</b>																																																																																

<b>P405</b>	¿Podría decirme por qué <b>ha sido bueno</b> para usted pertenecer a un <b>Equipo de Ayuda Mutua</b> ?  ( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado)          <p style="text-align: center;"><b>Pase a la Sección V</b></p>	<input type="checkbox"/> 01 Porque le permite intercambiar experiencias <input type="checkbox"/> 02 Porque siente que todos le aceptan <input type="checkbox"/> 03 Porque puede ofrecer ayuda o recibirla si lo necesita <input type="checkbox"/> 04 Porque le ha ayudado a vivir <input type="checkbox"/> 05 Porque le ha ayudado a conocer más sobre el VIH/sida <input type="checkbox"/> 06 Porque le ha ayudado a conocer sobre adherencia <input type="checkbox"/> 07 Porque le ha ayudado a conocer sobre la efectividad del tratamiento antirretroviral <input type="checkbox"/> 08 Porque siente que su equipo ha apoyado a sus miembros <input type="checkbox"/> 09 Otra. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 99 No sabe/ No Responde <p style="text-align: right;"> <b>Pase a la Sección V</b></p>
<b>P406</b>	¿Podría decirme por qué considera que <b>no ha sido bueno para usted</b> pertenecer a algún <b>Equipo de Ayuda Mutua</b> ?  ( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado)          <p style="text-align: center;"><b>Pase a la Sección V</b></p>	<input type="checkbox"/> 1 Porque se la pasan planificando actividades que nunca concretan <input type="checkbox"/> 2 Porque siempre se están reuniendo <input type="checkbox"/> 3 Porque se la pasan hablando de la enfermedad <input type="checkbox"/> 4 Porque se inmiscuyen en su vida <input type="checkbox"/> 5 Porque las personas que se reúnen no tienen características ni intereses comunes a los suyos <input type="checkbox"/> 6 Otra. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 9 No sabe/ No Responde <p style="text-align: right;"> <b>Pase a la Sección V</b></p>
<b>P407</b>	¿Por qué no se ha incorporado a ningún <b>Equipo de Ayuda Mutua</b> ?  ( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado)	<input type="checkbox"/> 01 Porque no sabe como incorporarse <input type="checkbox"/> 02 Porque considera que no le aporta ningún beneficio <input type="checkbox"/> 03 Porque no le interesa pertenecer <input type="checkbox"/> 04 Porque siempre se están reuniendo <input type="checkbox"/> 05 Porque se inmiscuyen en su vida <input type="checkbox"/> 06 Porque no quiere que en su barrio se enteren de su diagnóstico <input type="checkbox"/> 07 Porque no le interesa reunirse con otras personas seropositivas al VIH <input type="checkbox"/> 08 Porque las personas que en ellos se reúnen no tienen características ni intereses comunes a los suyos <input type="checkbox"/> 09 Porque no tiene tiempo para ello <input type="checkbox"/> 10 No ha pensado en eso <input type="checkbox"/> 11 Otra. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 99 No Responde

<b>SECCIÓN V. SUPLEMENTO ALIMENTARIO</b>		
<b>P501</b>	¿Cuál es el Sistema de Atención al que usted pertenece?  <p style="text-align: center;"><b>Lea en voz alta</b></p>	<input type="checkbox"/> 1 Sistema de Atención Ambulatorio <input type="checkbox"/> 3 Sistema de Atención Sanatorial <b>Fin de la entrevista</b>
<b>P502</b>	¿Conoce que las personas seropositivas al VIH si se inscriben en la Oficoda (Oficina de Registro de Consumidores) identificando su diagnóstico, tienen derecho a recibir un Suplemento Alimentario gratuito todos los meses?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <b>Pase a la Sección VI</b>
<b>P503</b>	¿Se ha inscrito en su Oficoda ( Oficina de Registro de Consumidores) para recibir el Suplemento Alimentario?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <b>P508</b>

<b>P504</b>	<p>Al inscribirse, le informaron en su Oficoda ( Oficina de Registro de Consumidores) sobre:</p> <p><b>Lea en voz alta y anote para cada inciso, la respuesta que declare el entrevistado</b></p> <p><b>A)</b> Los productos que usted tiene derecho a recibir</p> <p><b>B)</b> Las cantidades de cada producto que usted tiene derecho a recibir</p> <p><b>C)</b> La periodicidad con que deberá recibir cada producto</p> <p><b>D)</b> El punto de venta donde debe adquirir los productos</p> <p><b>E)</b> Le comunicaron que usted tiene derecho a recibir el Suplemento Alimentario independientemente de la dieta médica</p> <p><b>F)</b> Le comunicaron que el Suplemento Alimentario es gratis</p> <p><b>G)</b> Le comunicaron que cuando no recibe algún producto o lo recibe en mal estado, usted puede llamar a la dirección provincial de Comercio para quejarse</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="width: 33%; text-align: center;">Si</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">No Recuerda No Sabe</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> </tbody> </table>		Si	No	No Recuerda No Sabe	<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
	Si	No	No Recuerda No Sabe																															
<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>P505</b>	<p>¿Podría decirme si hace más de 2 meses que se inscribió en la Oficoda ( Oficina de Registro de Consumidores)?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 33%;">Hace más de 2 meses que se inscribió</td> <td rowspan="3" style="width: 33%; vertical-align: middle; text-align: center;">} <b>Pase a la Sección VI</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>Hace 2 meses o menos que se inscribió</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>No sabe/No recuerda/No Responde</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Hace más de 2 meses que se inscribió	} <b>Pase a la Sección VI</b>	<input type="checkbox"/> 3	Hace 2 meses o menos que se inscribió	<input type="checkbox"/> 9	No sabe/No recuerda/No Responde																									
<input type="checkbox"/> 1	Hace más de 2 meses que se inscribió	} <b>Pase a la Sección VI</b>																																
<input type="checkbox"/> 3	Hace 2 meses o menos que se inscribió																																	
<input type="checkbox"/> 9	No sabe/No recuerda/No Responde																																	
<b>P506</b>	<p>¿En el año actual (2009), ha recibido el Suplemento Alimentario todos los meses después de haberse inscrito en la Oficoda ( Oficina de Registro de Consumidores) ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 33%;">Todos los meses lo ha recibido</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">⇒ <b>Pase a la sección VI</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>No todos los meses lo ha recibido</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>Nunca lo ha recibido</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>No sabe/No recuerda/No Responde</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Todos los meses lo ha recibido	⇒ <b>Pase a la sección VI</b>	<input type="checkbox"/> 2	No todos los meses lo ha recibido		<input type="checkbox"/> 3	Nunca lo ha recibido		<input type="checkbox"/> 9	No sabe/No recuerda/No Responde																					
<input type="checkbox"/> 1	Todos los meses lo ha recibido	⇒ <b>Pase a la sección VI</b>																																
<input type="checkbox"/> 2	No todos los meses lo ha recibido																																	
<input type="checkbox"/> 3	Nunca lo ha recibido																																	
<input type="checkbox"/> 9	No sabe/No recuerda/No Responde																																	
<b>P507</b>	<p>¿Podría decirme por qué no recibió el Suplemento Alimentario o alguno de los productos en lo que va del año 2009?</p> <p><b>( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Pase a la Sección VI</b></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 33%;">No vino el producto en ese período</td> <td rowspan="9" style="width: 33%; vertical-align: bottom; text-align: center;">⇒ <b>Pase a sección VI</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>No había cuando fue a buscarlo y luego no volvió a verificar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>Porque el producto llegó en mal estado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td>Le queda lejos el punto de entrega y no tiene condiciones para llegar a él</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td>No reside habitualmente en el lugar en que está inscrito en la libreta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td>Nunca fue a buscarlo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td>No lo necesitaba</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td>Otra. Especifique _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>No Sabe</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 1	No vino el producto en ese período	⇒ <b>Pase a sección VI</b>	<input type="checkbox"/> 2	No había cuando fue a buscarlo y luego no volvió a verificar	<input type="checkbox"/> 3	Porque el producto llegó en mal estado	<input type="checkbox"/> 4	Le queda lejos el punto de entrega y no tiene condiciones para llegar a él	<input type="checkbox"/> 5	No reside habitualmente en el lugar en que está inscrito en la libreta	<input type="checkbox"/> 6	Nunca fue a buscarlo	<input type="checkbox"/> 7	No lo necesitaba	<input type="checkbox"/> 8	Otra. Especifique _____	<input type="checkbox"/> 9	No Sabe													
<input type="checkbox"/> 1	No vino el producto en ese período	⇒ <b>Pase a sección VI</b>																																
<input type="checkbox"/> 2	No había cuando fue a buscarlo y luego no volvió a verificar																																	
<input type="checkbox"/> 3	Porque el producto llegó en mal estado																																	
<input type="checkbox"/> 4	Le queda lejos el punto de entrega y no tiene condiciones para llegar a él																																	
<input type="checkbox"/> 5	No reside habitualmente en el lugar en que está inscrito en la libreta																																	
<input type="checkbox"/> 6	Nunca fue a buscarlo																																	
<input type="checkbox"/> 7	No lo necesitaba																																	
<input type="checkbox"/> 8	Otra. Especifique _____																																	
<input type="checkbox"/> 9	No Sabe																																	
<b>P508</b>	<p>¿Por qué no se ha inscrito para recibir el Suplemento Alimentario?</p> <p><b>( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado)</b></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 33%;">Porque no le interesa recibir el Suplemento Alimentario</td> <td rowspan="9" style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>Porque se enteró hace pocos días</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>Porque quiere ocultar su diagnóstico en el barrio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td>Porque no quiere que su familia conozca su diagnóstico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td>Porque no le gusta lo que ofertan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td>Porque le queda muy lejos el punto de entrega</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td>Porque vive muy distante de donde esta inscrito en la libreta de abastecimiento y no podría ir a buscarlo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td>Otra. Especifique _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>No sabe/No responde</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Porque no le interesa recibir el Suplemento Alimentario		<input type="checkbox"/> 2	Porque se enteró hace pocos días	<input type="checkbox"/> 3	Porque quiere ocultar su diagnóstico en el barrio	<input type="checkbox"/> 4	Porque no quiere que su familia conozca su diagnóstico	<input type="checkbox"/> 5	Porque no le gusta lo que ofertan	<input type="checkbox"/> 6	Porque le queda muy lejos el punto de entrega	<input type="checkbox"/> 7	Porque vive muy distante de donde esta inscrito en la libreta de abastecimiento y no podría ir a buscarlo	<input type="checkbox"/> 8	Otra. Especifique _____	<input type="checkbox"/> 9	No sabe/No responde													
<input type="checkbox"/> 1	Porque no le interesa recibir el Suplemento Alimentario																																	
<input type="checkbox"/> 2	Porque se enteró hace pocos días																																	
<input type="checkbox"/> 3	Porque quiere ocultar su diagnóstico en el barrio																																	
<input type="checkbox"/> 4	Porque no quiere que su familia conozca su diagnóstico																																	
<input type="checkbox"/> 5	Porque no le gusta lo que ofertan																																	
<input type="checkbox"/> 6	Porque le queda muy lejos el punto de entrega																																	
<input type="checkbox"/> 7	Porque vive muy distante de donde esta inscrito en la libreta de abastecimiento y no podría ir a buscarlo																																	
<input type="checkbox"/> 8	Otra. Especifique _____																																	
<input type="checkbox"/> 9	No sabe/No responde																																	

**SECCIÓN VI. MATERIALES Y CAPACITACIÓN**

<p><b>P601</b></p>	<p>Pudiera decirme si en los últimos 2 años recuerda haber recibido información sobre el VIH/sida a través de las siguientes fuentes</p> <p><b>Lea en voz alta y registre en cada caso la respuesta que declare el entrevistado</b></p> <p><b>A) La televisión</b></p> <p><b>B) La radio</b></p> <p><b>C) En talleres de capacitación</b></p> <p><b>D) Por familiares o amigos</b></p> <p><b>E) Educadores pares o promotores de salud</b></p> <p><b>F) Folletos, revistas, libros, manuales, afiches, la prensa</b></p> <p><b>G) Por otras personas seropositivas al VIH</b></p> <p><b>H) A través del personal de los centros de prevención</b></p> <p><b>I) A través del personal de la salud de su área de residencia</b></p> <p><b>J) Equipos de Ayuda Mutua o personas que pertenecen a ellos</b></p> <p><b>K) A través del personal de los servicios de consejería</b></p> <p><b>L) A través de los teléfonos de Línea Ayuda</b></p> <p><b>M) A través de los cursos "Aprendiendo a vivir con VIH"</b></p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><b>Si</b></th> <th style="text-align: center;"><b>No</b></th> <th style="text-align: center;"><b>No Sabe/No Recuerda</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> <tr> <td></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"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No Sabe/No Recuerda</b>		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No Sabe/No Recuerda</b>																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																							
<p><b>P602</b></p>	<p>¿Conoce usted que utilizar condones en las relaciones sexuales con penetración, disminuye la posibilidad de infectarse o reinfectarse con el VIH/sida?</p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>Si</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>No Sabe/No Responde</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Si	<input type="checkbox"/> 3	No	<input type="checkbox"/> 9	No Sabe/No Responde																																																		
<input type="checkbox"/> 1	Si																																																									
<input type="checkbox"/> 3	No																																																									
<input type="checkbox"/> 9	No Sabe/No Responde																																																									
<p><b>P603</b></p>	<p>¿Recuerda si luego de conocer que era seropositivo al VIH le han entregado condones de forma gratuita para que pueda disponer de ellos?</p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>Recuerda</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>No Recuerda</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>No Sabe/No Responde</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Recuerda	<input type="checkbox"/> 3	No Recuerda	<input type="checkbox"/> 9	No Sabe/No Responde																																																		
<input type="checkbox"/> 1	Recuerda																																																									
<input type="checkbox"/> 3	No Recuerda																																																									
<input type="checkbox"/> 9	No Sabe/No Responde																																																									
<p><b>P604</b></p>	<p>¿ Ha tenido relaciones sexuales con alguna persona en los últimos 12 meses?</p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>Si</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">} <b>Pase a P606</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>No Responde</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Si	} <b>Pase a P606</b>	<input type="checkbox"/> 3	No	<input type="checkbox"/> 9	No Responde																																																	
<input type="checkbox"/> 1	Si	} <b>Pase a P606</b>																																																								
<input type="checkbox"/> 3	No																																																									
<input type="checkbox"/> 9	No Responde																																																									
<p><b>P605</b></p>	<p>En general diría que en las relaciones sexuales que ha tenido en los últimos 12 meses nunca usó condones, en ocasiones usó condones o siempre usó condones</p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>Nunca usó condones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>En Ocasiones usó condones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>Siempre usó condones</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Nunca usó condones	<input type="checkbox"/> 3	En Ocasiones usó condones	<input type="checkbox"/> 9	Siempre usó condones																																																		
<input type="checkbox"/> 1	Nunca usó condones																																																									
<input type="checkbox"/> 3	En Ocasiones usó condones																																																									
<input type="checkbox"/> 9	Siempre usó condones																																																									
<p><b>P606</b></p>	<p>Pudiera decirme si en los últimos 2 años recuerda haber visto o haber recibido alguno de los siguientes manuales, folletos o materiales</p> <p><b>Lea en voz alta y registre en cada caso la respuesta que declare el entrevistado</b></p> <p><b>Usted ha visto.....</b></p> <p><b>A) Manual de Ejercicios Físicos para la salud.</b> Guía teórico práctica.</p> <p><b>B) Manual "La Adolescencia y Tú"</b> dirigido a adolescentes</p> <p><b>C) Folleto "Mensajes Positivos"</b></p> <p><b>Usted ha recibido....</b></p> <p><b>D) Pastillero</b> que se distribuyó a las PVs para facilitar la adherencia</p> <p><b>E) Reloj con Alarma</b> para facilitar la adherencia</p> <p><b>Al mencionar cada material, muestre la hoja impresa donde aparece la foto del mismo.</b></p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;"><b>Ha visto</b></th> <th colspan="2" style="text-align: center;"><b>No ha visto</b></th> <th colspan="2" style="text-align: center;"><b>No sabe/No Recuerda</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;"><b>Recibió</b></th> <th colspan="2" style="text-align: center;"><b>No Recibió</b></th> <th colspan="2" style="text-align: center;"><b>No sabe/No Recuerda</b></th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<b>Ha visto</b>		<b>No ha visto</b>		<b>No sabe/No Recuerda</b>		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 9		<b>Recibió</b>		<b>No Recibió</b>		<b>No sabe/No Recuerda</b>		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 9															
<b>Ha visto</b>		<b>No ha visto</b>		<b>No sabe/No Recuerda</b>																																																						
<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 9																																																						
<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 9																																																						
<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 9																																																						
<b>Recibió</b>		<b>No Recibió</b>		<b>No sabe/No Recuerda</b>																																																						
<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 9																																																						
<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 9																																																						

**Filtro 2** > Revise la respuesta del inciso A de la pregunta P606 antes de continuar

Si recuerda haber visto el "Manual de ejercicios físicos"

**P606- A=1** → **Pase a P607**

Si No recuerda haber visto el "Manual de ejercicios físicos"

**P606- A=3 ó 9** → **Pase a Filtro 3**

<b>P607</b>	¿Quisiera conocer si usted ha recibido el "Manual para ejercicios físicos?"	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 3 No
<b>P608</b>	¿Quisiera conocer si usted ha leído el "Manual para ejercicios físicos?"	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 3 No → <b>Pase a Filtro 3</b>
<b>P609</b>	Sobre el "Manual de ejercicios físicos" pudiera decirme: <b>Lea en voz alta y registre en cada caso la respuesta que declare el entrevistado</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b> <b>No Responde</b>
	<b>A.</b> Si le resultó <b>agradable</b> el diseño del manual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9
	<b>B.</b> Si le resultó <b>atractivo</b> el contenido del manual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9
	<b>C.</b> Si le resultó <b>útil</b> haber leído el manual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9
	<b>D.</b> Si la lectura le <b>permitió conocer más</b> sobre ejercicios que le ayudarían a mejorar su calidad de vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9

**Filtro 3** > Revise la respuesta del inciso B de la pregunta P606 antes de continuar

Si recuerda haber visto el Manual "La Adolescencia y Tú"

**P606- B=1** → **Pase a P610**

Si No recuerda haber visto el Manual "La Adolescencia y Tú"

**P606- B=3 ó 9** → **Pase a Filtro 4**

<b>P610</b>	¿Quisiera conocer si usted ha recibido el Manual "La Adolescencia y Tú"?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 3 No
<b>P611</b>	¿Quisiera conocer si usted ha leído el Manual "La Adolescencia y Tú"?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 3 No → <b>Pase a Filtro 4</b>
<b>P612</b>	Sobre el Manual "La Adolescencia y Tú" pudiera decirme: <b>Lea en voz alta y registre en cada caso la respuesta que declare el entrevistado</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b> <b>No Responde</b>
	<b>A.</b> Si le resultó <b>agradable</b> el diseño del manual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9
	<b>B.</b> Si le resultó <b>atractivo</b> el contenido del manual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9
	<b>C.</b> Si le resultó <b>útil</b> haber leído el manual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9
	<b>D.</b> Si la lectura le <b>permitió conocer más</b> sobre temas relacionados con la sexualidad en la adolescencia.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9

**Filtro 4** > Revise la respuesta del inciso C de la pregunta P606 antes de continuar








Si recuerda haber visto el folleto "Mensajes Positivos"

**P606- C=1** → **Pase a P613**

Si No recuerda haber visto el el folleto "Mensajes Positivos"

**P606- C=3 ó 9** → **Pase a Filtro 5**

<b>P613</b>	¿Quisiera conocer si usted ha recibido el folleto "Mensajes Positivos"?	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 3 No
-------------	---	-------------------------------	-------------------------------

<b>P614</b>	¿Quisiera conocer si usted ha leído el folleto "Mensajes Positivos?"	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No  <b>Pase a Filtro 5</b>																				
<b>P615</b>	Sobre el folleto "Mensajes Positivos" pudiera decirme: <b>Lea en voz alta y registre en cada caso la respuesta que declare el entrevistado</b>  <b>A.</b> Si le resultó <b>agradable</b> el diseño del folleto <b>B.</b> Si le resultó <b>atractivo</b> el contenido del folleto <b>C.</b> Si le resultó <b>útil</b> haber leído el folleto <b>D.</b> Si le gustaría <b>recibir el folleto periódicamente</b>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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"/> 9</td> </tr> <tr> <td>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"/> 9</td> </tr> <tr> <td>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"/> 9</td> </tr> <tr> <td>D.</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"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	No Responde	A.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	B.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	C.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	D.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	Sí	No	No Responde																			
A.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																			
B.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																			
C.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																			
D.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																			
<b>Filtro 5</b> > <b>Revise la respuesta del inciso D de la pregunta P606 antes de continuar</b> Si <b>recuerda</b> haber recibido el " <b>Pastillero</b> " <b>P606- D=1</b>  <b>Pase a P616</b> Si <b>No</b> recuerda haber recibido el " <b>Pastillero</b> " <b>P606- D=3 ó 9</b>  <b>Pase a Filtro 6</b>																						
<b>P616</b>	¿Quisiera conocer si usted ha utilizado el <b>Pastillero</b> que se distribuyó a las personas seropositivas al VIH para facilitar la adherencia al tratamiento?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No  <b>Pase a Filtro 6</b>																				
<b>P617</b>	Sobre el " <b>Pastillero</b> " pudiera decirme: <b>Lea en voz alta y registre en cada caso la respuesta que declare el entrevistado</b>  <b>A.</b> Si le resultó <b>agradable</b> el diseño del pastillero <b>B.</b> Si le resultó <b>práctica su manipulación</b> <b>C.</b> Si le resultó <b>útil</b> <b>D.</b> Si le <b>facilitó</b> llevar las pastillas consigo para seguir adecuadamente el tratamiento médico	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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"/> 9</td> </tr> <tr> <td>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"/> 9</td> </tr> <tr> <td>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"/> 9</td> </tr> <tr> <td>D.</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"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	No Responde	A.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	B.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	C.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	D.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	Sí	No	No Responde																			
A.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																			
B.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																			
C.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																			
D.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																			
<b>Filtro 6</b> > <b>Revise la respuesta del inciso E de la pregunta P606 antes de continuar</b> Si <b>recuerda</b> haber recibido el " <b>Reloj con Alarma</b> " <b>P606-E=1</b>  <b>Pase a P618</b> Si <b>No</b> recuerda haber recibido el " <b>Reloj</b> " <b>P606-E=3 ó 9</b>  <b>Pase a P620</b>																						
<b>P618</b>	¿Quisiera conocer si usted ha utilizado el <b>reloj</b> que se distribuyó a las personas seropositivas al VIH para facilitar la adherencia al tratamiento?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No  <b>Pase a P620</b>																				
<b>P619</b>	Sobre el " <b>Reloj con Alarma</b> " pudiera decirme: <b>Lea en voz alta y registre en cada caso la respuesta que declare el entrevistado</b>  <b>A.</b> Si le resultó <b>agradable</b> el diseño del reloj <b>B.</b> Si le resultó <b>práctica su manipulación</b> <b>C.</b> Si le resultó <b>útil</b> <b>D.</b> Si le <b>facilitó</b> tomar los medicamentos en el horario indicado	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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"/> 9</td> </tr> <tr> <td>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"/> 9</td> </tr> <tr> <td>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"/> 9</td> </tr> <tr> <td>D.</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"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	No Responde	A.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	B.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	C.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	D.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	Sí	No	No Responde																			
A.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																			
B.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																			
C.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																			
D.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																			
<b>P620</b>	¿Pudiera decirme si en los <b>últimos 2 años</b> ha asistido a talleres de capacitación donde se trate el tema del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Recuerda/No Responde <span style="float: right; font-size: 2em;">}</span> <b>P623</b>																				

<b>P621</b>	¿Recuerda si en dichos talleres le entregaron libros, folletos o manuales sobre el tema del VIH/sida ?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Recuerda/No Responde	
<b>P622</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>P623</b>	¿Podría decirme si en los <b>últimos 2 años</b> ha asistido a talleres de capacitación donde se trate el tema de <b>los derechos laborales, de seguridad social o los derechos legales de las PVs?</b>	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Recuerda/No Responde	} <b>P626</b>
<b>P624</b>	¿Recuerda si en dichos talleres le entregaron libros, folletos o manuales sobre el tema "legalidad y sida"?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Recuerda/No Responde	
<b>P625</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>P626</b>	¿Podría decirme si en los <b>últimos 2 años</b> ha asistido a talleres de capacitación donde se aborde el tema de <b>la adherencia al tratamiento</b> , es decir donde se le explique sobre la importancia que tiene para su salud tomar los medicamentos antirretrovirales como los orienta su médico?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Recuerda/No Responde	} <b>P629</b>
<b>P627</b>	¿Recuerda si en dichos talleres le entregaron libros, folletos o manuales que explicaran sobre lo necesario que resulta tomar todos los medicamentos que le orienta su médico para poder disfrutar de una vida más sana?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Recuerda/No Responde	
<b>P628</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>P629</b>	¿Podría decirme si en los <b>últimos 2 años</b> ha asistido a talleres de capacitación donde se aborde el tema de la importancia que tiene para su salud <b>la nutrición y los hábitos nutricionales adecuados</b> .	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Recuerda/No Responde	} <b>Pase a la Sección VII</b>
<b>P630</b>	¿Recuerda si en dichos talleres le entregaron libros, folletos o manuales que le ayudaran a incorporar hábitos nutricionales saludables?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Recuerda/No Responde	
<b>P631</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	

**SECCIÓN VII. ATENCIÓN MÉDICA**

<b>P701</b>	¿Conoce el médico de su consultorio o área de salud su diagnóstico relativo al VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde
-------------	--	--

<b>P702</b>	¿En los últimos 12 meses ha asistido a consultas con el médico de la familia perteneciente a su área de salud?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde         } <b>Pase a P705</b>
<b>P703</b>	¿Se sintió usted satisfecho con la atención médica recibida en el consultorio de su zona de residencia?	<input type="checkbox"/> 1 Si → <b>P705</b> <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Responde → <b>P705</b>
<b>P704</b>	¿Podría decirme por qué no se sintió del todo satisfecho con la atención médica que recibió en el consultorio de su zona de residencia?  <b>( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado )</b>	<input type="checkbox"/> 01 No le prestan atención a sus problemas <input type="checkbox"/> 02 No tienen dominio sobre su enfermedad <input type="checkbox"/> 03 No están al tanto de las reacciones adversas de los medicamentos que toma <input type="checkbox"/> 04 No están al tanto de si continúa o no el tratamiento <input type="checkbox"/> 05 No lo visitan <input type="checkbox"/> 06 Siente que le evaden por ser seropositivo <input type="checkbox"/> 07 Le cuentan a su familia sobre su estado de salud <input type="checkbox"/> 08 No respetan su derecho de ocultar su diagnóstico <input type="checkbox"/> 09 No tiene un médico específico <input type="checkbox"/> 10 No conocen su diagnóstico <input type="checkbox"/> 11 No le realizan examen físico <input type="checkbox"/> 12 No le ofrecen apoyo psicosocial <input type="checkbox"/> 13 No le indican exámenes complementarios (hemoglobina transaminanza, orina, heces fecales, etc) <input type="checkbox"/> 14 Otra. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 99 No Sabe/No Responde
<b>P705</b>	¿En los últimos 12 meses ha asistido a consultas o a servicios de urgencia en el <b>Policlínico</b> perteneciente a su zona de residencia?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde         } <b>Pase a P709</b>
<b>P706</b>	¿Le ha comunicado al personal de salud que lo ha atendido en el Policlínico que es seropositivo al VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde         } <b>Pase a P709</b>
<b>P707</b>	¿Se ha sentido satisfecho con la atención recibida por parte del personal de salud que lo ha atendido en el Policlínico?	<input type="checkbox"/> 1 Si → <b>P709</b> <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Responde → <b>P709</b>
<b>P708</b>	¿Podría decirme por qué no se ha sentido del todo satisfecho con la atención que ha recibido en el Policlínico?  <b>( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado )</b>	<input type="checkbox"/> 01 No le prestan atención a sus problemas <input type="checkbox"/> 02 No tienen dominio sobre mi enfermedad <input type="checkbox"/> 03 No están al tanto de las reacciones adversas de los medicamentos que toma <input type="checkbox"/> 04 Solo le atienden bien si oculta su diagnóstico <input type="checkbox"/> 05 Siente que le evaden por ser seropositivo al VIH <input type="checkbox"/> 06 Al conocer su diagnóstico le dicen que no disponen de materiales adecuados para atenderle <input type="checkbox"/> 07 No mantienen en secreto su diagnóstico <input type="checkbox"/> 08 No le realizan examen físico <input type="checkbox"/> 09 No le ofrecen apoyo psicosocial <input type="checkbox"/> 10 No le indican exámenes complementarios (hemoglobina transaminanza, orina, heces fecales, etc) <input type="checkbox"/> 11 Otra. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 99 No Sabe/No Responde

<b>P709</b>	¿En los últimos 12 meses ha tenido que acudir a consultas en Hospitales diferentes al IPK?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde <span style="float: right;">} Pase a P713</span>
<b>P710</b>	¿Le ha comunicado al personal de salud que lo ha atendido que es seropositivo al VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde <span style="float: right;">} Pase a P713</span>
<b>P711</b>	¿Se ha sentido satisfecho con la atención recibida por parte de los especialistas de los Hospitales donde lo han atendido?	<input type="checkbox"/> 1 Si <span style="float: right;">⇒ P713</span> <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Responde <span style="float: right;">⇒ P713</span>
<b>P712</b>	¿Podría decirme por qué no se ha sentido del todo satisfecho con la atención recibida por los especialistas de los Hospitales que ha visitado?  <b>( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado )</b>	<input type="checkbox"/> 01 No le prestan atención a sus problemas <input type="checkbox"/> 02 No tienen dominio sobre su enfermedad <input type="checkbox"/> 03 Siente que le evaden por ser seropositivo al VIH <input type="checkbox"/> 04 Solo le atienden bien si oculta su diagnóstico <input type="checkbox"/> 05 Al conocer su diagnóstico le remiten a otro hospital <input type="checkbox"/> 06 Al conocer su diagnóstico le dicen que no disponen de materiales adecuados para atenderle <input type="checkbox"/> 07 No le realizan examen físico <input type="checkbox"/> 08 No le ofrecen apoyo psicosocial <input type="checkbox"/> 09 No le indican exámenes complementarios (hemoglobina transaminanza, orina, heces fecales, etc) <input type="checkbox"/> 10 Otra. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 99 No Sabe/No Responde
<b>P713</b>	¿En los últimos 12 meses ha tenido que acudir a consultas de estomatología fuera del Sanatorio?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde <span style="float: right;">} Pase a P717</span>
<b>P714</b>	¿Le ha comunicado a los estomatólogos que lo han atendido que es seropositivo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde <span style="float: right;">} Pase a P717</span>
<b>P715</b>	¿Se ha sentido satisfecho con la atención recibida por parte de los estomatólogos que lo han atendido?	<input type="checkbox"/> 1 Si <span style="float: right;">⇒ P717</span> <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Responde <span style="float: right;">⇒ P717</span>
<b>P716</b>	¿Podría decirme por qué no se ha sentido del todo satisfecho con la atención recibida por los estomatólogos que lo han atendido?  <b>( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado )</b>	<input type="checkbox"/> 1 No le prestan atención a sus problemas <input type="checkbox"/> 2 Siente que le evaden por ser seropositivo al VIH <input type="checkbox"/> 3 Solo le atienden bien si oculta su diagnóstico <input type="checkbox"/> 4 Al conocer su diagnóstico lo remiten a otra institución <input type="checkbox"/> 5 Al conocer su diagnóstico le dicen que no disponen de materiales adecuados para atenderle <input type="checkbox"/> 6 No le realizan examen físico <input type="checkbox"/> 7 No le ofrecen apoyo psicosocial <input type="checkbox"/> 8 Otra. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Responde

<b>P717</b>	¿En los últimos 12 meses ha asistido a consultas en el Instituto Pedro Kourí ( <b>IPK</b> )?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No → } <b>P722</b> <input type="checkbox"/> 9 No Recuerda/No Responde }
<b>P718</b>	¿Ha asistido a todas las consultas que le ha previsto el especialista del Instituto Pedro Kourí ( <b>IPK</b> ) que lo atiende?	<input type="checkbox"/> 1 Si → <b>P720</b> <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Recuerda/No Responde → <b>P720</b>
<b>P719</b>	¿Podría decirme las razones por las que no ha asistido a todas las consultas previstas por su médico del Instituto Pedro Kourí ( <b>IPK</b> )?  <b>( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado )</b>	<input type="checkbox"/> 01 Se le ha olvidado la consulta <input type="checkbox"/> 02 Se sentía bien de salud <input type="checkbox"/> 03 Le queda muy lejos el hospital <input type="checkbox"/> 04 No le gusta que lo estén chequeando <input type="checkbox"/> 05 No quiere someterse a los exámenes que le indica su médico del IPK <input type="checkbox"/> 06 No tenía transporte para llegar al hospital <input type="checkbox"/> 07 Está aburrido de ir tanto al médico <input type="checkbox"/> 08 No quería ir <input type="checkbox"/> 09 Otra Especifique _____ <input type="checkbox"/> 99 No Sabe/No Responde
<b>P720</b>	¿Se ha sentido satisfecho con la atención recibida por parte de los <b>especialistas del IPK</b> que lo han atendido?	<input type="checkbox"/> 1 Si → <b>P722</b> <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Responde → <b>P722</b>
<b>P721</b>	¿Podría decirme por qué no se ha sentido del todo satisfecho con la atención recibida por los especialistas del IPK que lo han atendido?  <b>( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado )</b>	<input type="checkbox"/> 01 No le prestan atención a sus problemas <input type="checkbox"/> 02 Siente que le evaden por ser seropositivo al VIH <input type="checkbox"/> 03 No tienen dominio sobre su enfermedad <input type="checkbox"/> 04 Le llaman la atención por no tomar los medicamentos que le orientan <input type="checkbox"/> 05 Le indican exámenes dolorosos <input type="checkbox"/> 06 No le cambian el tratamiento a pesar de las malas reacciones que le producen <input type="checkbox"/> 07 No le indican el conteo de CD4 cuando lo requiere <input type="checkbox"/> 08 No le hacen el estudio de Carga Viral requiriéndolo <input type="checkbox"/> 09 No le explican los resultados de sus análisis o pruebas de monitoreo <input type="checkbox"/> 10 No le realizan examen físico <input type="checkbox"/> 11 No le ofrecen apoyo psicosocial <input type="checkbox"/> 12 No le indican exámenes complementarios (hemoglobina transaminanza, orina, heces fecales, etc) <input type="checkbox"/> 13 Otra. Especifique _____ <input type="checkbox"/> 99 No Sabe/No Responde

<b>P722</b>	<p>¿Podría decirme si en los últimos 6 meses le han realizado algún estudio de monitoreo para conocer su estado de salud, es decir, le han realizado el conteo de CD4 y algún estudio para conocer la acumulación de carga viral?</p> <p><b>A) Conteo de CD4</b></p> <p><b>B) Estudio de Carga Viral</b></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Si</b></td> <td style="text-align: center;"><b>No</b></td> <td style="text-align: center;"><b>No Sabe/No Recuerda</b></td> </tr> <tr> <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"/> 9</td> </tr> <tr> <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"/> 9</td> </tr> </table>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No Sabe/No Recuerda</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9			
<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No Sabe/No Recuerda</b>												
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9												
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9												
<b>P723</b>	<p>¿Su médico le ha indicado tratamiento con medicamentos antirretrovirales (ARV)?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 Si</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle; text-align: center;">} <b>P728</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Si	} <b>P728</b>	<input type="checkbox"/> 3 No	<input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde								
<input type="checkbox"/> 1 Si	} <b>P728</b>													
<input type="checkbox"/> 3 No														
<input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde														
<b>P724</b>	<p>¿Podría decirme si los medicamentos que componen la terapia antirretroviral que le ha indicado su médico son todos de producción nacional, si algunos son de producción nacional y otros adquiridos por los Proyectos del Fondo Mundial o si todos son adquiridos por los Proyectos del Fondo Mundial?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 Todos son cubanos (de producción nacional)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 Algunos son producidos en Cuba y otros adquiridos por los Proyectos del Fondo Mundial</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 Todos son adquiridos por los Proyectos del Fondo Mundial</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Todos son cubanos (de producción nacional)	<input type="checkbox"/> 2 Algunos son producidos en Cuba y otros adquiridos por los Proyectos del Fondo Mundial	<input type="checkbox"/> 3 Todos son adquiridos por los Proyectos del Fondo Mundial	<input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde								
<input type="checkbox"/> 1 Todos son cubanos (de producción nacional)														
<input type="checkbox"/> 2 Algunos son producidos en Cuba y otros adquiridos por los Proyectos del Fondo Mundial														
<input type="checkbox"/> 3 Todos son adquiridos por los Proyectos del Fondo Mundial														
<input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde														
<b>P725</b>	<p>¿Le explicó su médico la importancia que tiene para su vida y su salud que usted tome todos los medicamentos antirretrovirales siguiendo estrictamente las orientaciones indicadas por él?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 Si</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Recuerda</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 3 No	<input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Recuerda									
<input type="checkbox"/> 1 Si														
<input type="checkbox"/> 3 No														
<input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Recuerda														
<b>P726</b>	<p>¿Ha tomado los medicamentos antirretrovirales siguiendo las orientaciones indicadas por su médico?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 Si</td> <td style="text-align: center;">⇒</td> <td style="text-align: center;"><b>P728</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 A veces</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 No</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9 No Responde</td> <td style="text-align: center;">⇒</td> <td style="text-align: center;"><b>P728</b></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Si	⇒	<b>P728</b>	<input type="checkbox"/> 2 A veces			<input type="checkbox"/> 3 No			<input type="checkbox"/> 9 No Responde	⇒	<b>P728</b>
<input type="checkbox"/> 1 Si	⇒	<b>P728</b>												
<input type="checkbox"/> 2 A veces														
<input type="checkbox"/> 3 No														
<input type="checkbox"/> 9 No Responde	⇒	<b>P728</b>												
<b>P727</b>	<p>¿Podría decirme cuales son los motivos por los que no ha seguido el tratamiento orientado por su médico?</p> <p><b>( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado )</b></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 Porque no hay todos los medicamentos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 Porque son muy caros los medicamentos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 Porque se le olvidan</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4 Porque le producen reacciones muy malas (vómitos, diarrea, acidez, mareo, calambre, dolor de cabeza, etc...)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5 Porque le producen deformaciones en el cuerpo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6 Porque se siente bien de salud</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 7 Porque no quiere tomar medicamentos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 8 Otra. Especifique _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Porque no hay todos los medicamentos	<input type="checkbox"/> 2 Porque son muy caros los medicamentos	<input type="checkbox"/> 3 Porque se le olvidan	<input type="checkbox"/> 4 Porque le producen reacciones muy malas (vómitos, diarrea, acidez, mareo, calambre, dolor de cabeza, etc...)	<input type="checkbox"/> 5 Porque le producen deformaciones en el cuerpo	<input type="checkbox"/> 6 Porque se siente bien de salud	<input type="checkbox"/> 7 Porque no quiere tomar medicamentos	<input type="checkbox"/> 8 Otra. Especifique _____	<input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde			
<input type="checkbox"/> 1 Porque no hay todos los medicamentos														
<input type="checkbox"/> 2 Porque son muy caros los medicamentos														
<input type="checkbox"/> 3 Porque se le olvidan														
<input type="checkbox"/> 4 Porque le producen reacciones muy malas (vómitos, diarrea, acidez, mareo, calambre, dolor de cabeza, etc...)														
<input type="checkbox"/> 5 Porque le producen deformaciones en el cuerpo														
<input type="checkbox"/> 6 Porque se siente bien de salud														
<input type="checkbox"/> 7 Porque no quiere tomar medicamentos														
<input type="checkbox"/> 8 Otra. Especifique _____														
<input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde														
<b>P728</b>	<p>¿Ha padecido de enfermedades o infecciones oportunistas en los últimos 12 meses?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 Si</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 3 No	<input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde									
<input type="checkbox"/> 1 Si														
<input type="checkbox"/> 3 No														
<input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde														
<b>P729</b>	<p>Pudiera decirme luego de conocer que es seropositivo al VIH, ¿Cuándo se ha sentido mal de salud a que centro de atención médica prefiere ir?</p> <p><b>( Marque todas las respuestas que declare el entrevistado )</b></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 Al Médico de su zona de residencia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 Al Policlínico</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 A cualquier Hospital</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4 Al Instituto Pedro Kourí (IPK)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5 A cualquier centro de atención médica</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6 Al centro médico que le quede más cerca de donde esta</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 7 Al Sanatorio</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 8 Otra. Especifique _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Al Médico de su zona de residencia	<input type="checkbox"/> 2 Al Policlínico	<input type="checkbox"/> 3 A cualquier Hospital	<input type="checkbox"/> 4 Al Instituto Pedro Kourí (IPK)	<input type="checkbox"/> 5 A cualquier centro de atención médica	<input type="checkbox"/> 6 Al centro médico que le quede más cerca de donde esta	<input type="checkbox"/> 7 Al Sanatorio	<input type="checkbox"/> 8 Otra. Especifique _____	<input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde			
<input type="checkbox"/> 1 Al Médico de su zona de residencia														
<input type="checkbox"/> 2 Al Policlínico														
<input type="checkbox"/> 3 A cualquier Hospital														
<input type="checkbox"/> 4 Al Instituto Pedro Kourí (IPK)														
<input type="checkbox"/> 5 A cualquier centro de atención médica														
<input type="checkbox"/> 6 Al centro médico que le quede más cerca de donde esta														
<input type="checkbox"/> 7 Al Sanatorio														
<input type="checkbox"/> 8 Otra. Especifique _____														
<input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde														

P730	¿Podría decirme cómo caracterizaría las relaciones sexuales que ha tenido durante su vida? (Indique al entrevistado que seleccione una tarjeta) Pídale que le diga solamente el número que corresponde a su respuesta y anótelos). Si no responde anote 9.	<input type="checkbox"/>
P731	¿Usted recuerda si en los dos últimos meses alguien a nombre de la Oficina Nacional de Estadísticas le realizó una entrevista igual a esta?	<input type="checkbox"/> 1 Recuerda <input type="checkbox"/> 3 No Recuerda <input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde
P732	LA ENTREVISTA SE REALIZÓ EN  <b>Marque sin preguntar la casilla correspondiente a la forma en que usted contactó a la persona para realizarle la entrevista</b>	<input type="checkbox"/> 1 Hospital IPK <input type="checkbox"/> 2 Reunión Nacional de PVs <input type="checkbox"/> 3 Equipo de Ayuda Mutua <input type="checkbox"/> 4 A través del coordinador provincial de PVs <input type="checkbox"/> 5 A través del coordinador municipal de PVs <input type="checkbox"/> 6 A través de otra persona seropositiva al VIH ya entrevistada <input type="checkbox"/> 7 A través de los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología <input type="checkbox"/> 8 A través de los Centros Municipales de Higiene y Epidemiología <input type="checkbox"/> 9 Otra. Especifique
<p><b>P733</b> AQUÍ TERMINA LA ENTREVISTA, PERO ANTES ME GUSTARÍA CONOCER SI USTED ESTARÍA DE ACUERDO EN COOPERAR CON NOSOTROS EN ALGUN ESTUDIO FUTURO</p> <p><b>RESPUESTA</b></p> <p><b>1._ Si</b> <input type="checkbox"/> → POR FAVOR USTED PUDIERA DARME SU NOMBRE Y/O ALGUNA REFERENCIA DONDE PUEDA CONTACTARLO</p> <p><b>3._ No</b> <input type="checkbox"/> → DE CUALQUIER MODO LE AGRADEZCO MUCHO EL TIEMPO BRINDADO Y LE DESEO ÉXITOS</p> <p>Nombre</p> <p>Referencia para localizarlo</p>		