

# ¿Hace poco que toma medicamentos antirretrovirales?

Los medicamentos para el VIH no curan el VIH, pero ayudan a salvar vidas. Si bien puede ser difícil tomarlos, con el plan de tratamiento correcto, puede continuar tomándolos según lo indicado. Estas preguntas ayudarán a su proveedor de atención médica a elaborar el mejor plan de tratamiento personalizado para usted y su estilo de vida.

Refiérase a este formulario con su proveedor de atención médica cuando hablen sobre las opciones de tratamiento.

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

### Horarios diarios:

- 1 ¿Sus días generalmente son todos iguales? .....  Sí  No
- 2 ¿Con qué frecuencia viaja? .....  Semanalmente  Mensualmente  Ocasionalmente  Nunca
- 3 ¿Con qué frecuencia trabaja? .....  Tiempo completo  Tiempo parcial  No trabajo
- 4 ¿Cuándo trabaja? .....  De día  De noche  Horario variable  No trabajo
- 5 ¿Usted es profesional de la salud primaria de niños o personas mayores? .....  Sí  No

### Historia clínica del paciente:

- 6 ¿Cuándo se hizo su primera prueba con resultado positivo? .....
- 7 ¿Cuándo se hizo su primera prueba con resultado negativo? .....  No corresponde
- 8 ¿Por qué se hizo la prueba? .....  Prueba de rutina/al azar  Presentaba síntomas
- 9 ¿Actualmente presenta síntomas que atribuye al VIH? .....  Sí  No
- 10 Si la respuesta es **SÍ**, enumérelos a continuación:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

11 De la siguiente lista, marque los que se aplican a su caso:

Afección	Sí	No
¿Usted tiene colesterol alto o hay antecedentes en su familia?		
¿Usted tiene enfermedad cardíaca o hay antecedentes en su familia?		
¿Tiene presión arterial alta o hay antecedentes en su familia?		
¿Tiene diabetes o hay antecedentes en su familia?		
¿Tiene enfermedad hepática (hepatitis o cirrosis)?		
¿Tiene enfermedad renal?		
¿Tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos o de enfermedad mental?		
¿Tiene trastornos del sueño?		
¿Fuma?		
¿Bebe alcohol?		
¿Consume drogas recreativas?		

- 12 Si es mujer, ¿está embarazada o planea quedar embarazada? .....  Sí  No  No corresponde
- 13 ¿Utiliza métodos de control de la natalidad en forma sistemática? .....  Sí  No
- 14 Si la respuesta es **SÍ**, enumere a continuación el método o métodos:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Tratamiento:

- 15 A continuación, enumere cualquier medicamento que tome actualmente, tales como medicamentos recetados, medicamentos a base de hierbas, vitaminas, antiácidos de venta libre u otros medicamentos:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 16 ¿Alguna vez tomó medicamentos antirretrovirales por algún motivo (aunque haya sido por poco tiempo)? .....  Sí  No
- 17 Si la respuesta es **SÍ**, enumere a continuación los medicamentos y las afecciones por las que tomaba dichos medicamentos:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 18 ¿Qué lo preocupa sobre empezar un tratamiento contra el VIH?  
 Efectos secundarios  Costos  Privacidad  Capacidad para tomar los medicamentos regularmente  
 Otras preocupaciones (especifique) \_\_\_\_\_
- 19 ¿Qué preguntas tiene sobre el comienzo del tratamiento antirretroviral?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

