



Evaluación de riesgos. Prueba rápida del Virus de Hepatitis C

Hepatitis C Virus Rapid Test Risk Assessment

Todas las evaluaciones de riesgos deben completarse en su totalidad con todos los clientes que se les suministre la prueba de detección rápida. Por favor envíe este formulario a Tallahassee por correo electrónico o el original. Una copia de este formulario debe guardarse en el archivo del cliente. **POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLE**

Fecha de hoy: _____ Condado: _____ CHD Nombre de CBO y número del sitio #: _____
Clínica/Sitio (seleccione uno): CHD Planificación familiar Hep 09 ETS VIH Carcel/Prisión
 Comunidad Otro

NO HAGA LA PRUEBA Si el cliente es positivo por hepatitis C. Complete exámen de sangre confirmatorio para verificar los resultados

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____ Edad: ____ Sexo: Male Female

Raza: Blanca Negra Indígena Americano/Nativo de Alaska Asiático/Isleño del Pacífico Otro Desconocido

Etnicidad: Hispano Non-Hispano Haitiano

Tiene alguno de los siguientes síntomas?

- Dolor Abdominal Vómito Ictericia (coloración amarillenta de los ojos o la piel)
- Pérdida del Apetito Fiebre Nauseas Dolor de Cabeza Diarrea Ninguna de las anteriores

Historia (Marque los que aplican)

1. Ha recibido una de las siguientes vacunas contra la hepatitis? Hepatitis A? Hepatitis B? No No se
2. Alguna vez a tenido Hepatitis A? Hepatitis B? No No se
3. Alguna vez le han dicho que usted es positivo por hepatitis C? Si (**NO haga la prueba**) No No se
4. Ha recibido una transfusión de sangre o components sanguíneos antes de julio de 1992? Si No No se
5. Alguna vez usted a trabajado en el campo médico/odontológico que halla implicado contacto directo con sangre? Si No No se
6. En el último año usted ha tenido un procedimiento invasivo? Si No No se

Riesgos (marque todos los que aplican)

- Nacido/a 1945-1965 Drogas inyectables (en el ultimo año)
- Perforaciones en el cuerpo (en el ultimo año) Accidentes con agujas
- Tatuajes (en el ultimo año) Inhalar drogas
- Encarcelado en una carcel (en el ultimo año) Múltiples parejas sexuales (en el ultimo año) ____2-5 ____>5____No se
- Encarcelado en una prisión (en el ultimo año) Enfermedad de transmisión sexual
- Contacto en el hogar con una persona con hepatitis C Pareja sexual a largo plazo con la hepatitis C
- Compartido agujas por cualquier motivo (en el ultimo año)

Informacion de la Prueba Rápida

Numero del equipo de prueba rápida: _____

Fecha de expiración del lote: _____

Tiempo en que comenzó la prueba: _____

Tiempo en que la prueba fue leída: _____

Resultados de la prueba: Reactivo Non-reactivo **Se entrego el resultado?** Si No Rechazó la prueba

Conectado a cuidado médico: Si No **Nombre del consejero:** _____

Enviar el formulario completo por fax to: 850-401-6480,

or Enviar el formulario completo por correo a:

Florida Department of Health

Viral Hepatitis and Outbreak Response Section

4025 Esplanade Way, Cubicle 330.02

Tallahassee, FL 32399

Attn: Rapid HCV Testing Program