

## ¿Está usted en riesgo de enfermarse de hepatitis C?

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su riesgo de enfermarse de sufrir hepatitis C, una infección por virus. Marque las casillas que le correspondan. Si prefiere no responder preguntas personales por escrito, hable con su profesional de la salud si alguna de las siguientes preguntas aplica a usted. Su profesional de la salud le hablará sobre la prueba de detección y/o el tratamiento



- |   | Sí                       | No                       | No está seguro           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Le hicieron una transfusión de sangre o un trasplante de órgano sólido (corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón) antes de julio de 1992? .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Recibió concentrados de factor de coagulación antes de 1987? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Estuvo alguna vez en hemodiálisis durante mucho tiempo? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Le hicieron alguna vez un análisis de sangre que mostró un problema de hígado? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Se dio alguna vez un pinchazo con una aguja o jeringa mientras trabajaba en un ambiente de atención de la salud? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tenía su madre hepatitis C cuando usted nació? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Compartió alguna vez un cepillo de dientes, navaja para afeitar o alguna otra cosa que pudo haber tenido sangre (visible o no) con alguien que tenía hepatitis C? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tuvo alguna vez un compañero sexual que tuviera hepatitis C? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido usted o su compañero/a sexual una enfermedad que se transmite sexualmente? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Usted o su compañero sexual alguna vez se ha inyectado drogas ilegales, incluso si fue sólo una vez hace muchos años? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |