

¿Está usted en riesgo de enfermarse de hepatitis B?

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su riesgo de enfermarse de hepatitis B, 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 se aplica a usted. Su profesional de la salud le hablará sobre la prueba de detección, la vacuna y/o tratamiento de la hepatitis B.



	Sí	No	No está seguro
1. ¿Le dijeron alguna vez que tenía hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha viajado o piensa viajar por 6 meses o más a un lugar en el que la hepatitis B es común (Asia, África, el Medio Oriente, Europa Oriental, la cuenca del Amazonas en Sudamérica y las islas del Pacífico)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Nacieron usted o sus padres en un lugar del mundo donde la enfermedad de la hepatitis B es común, o son sus padres nativos de Alaska?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Estaba su madre infectada por el virus de la hepatitis B cuando usted nació?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Vivió alguna vez con alguien que estuviera infectado por el virus de la hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha estado en contacto directo con la sangre de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Trabajó en atención de la salud o en otra ocupación en la que pudo haber estado en contacto con la sangre o los líquidos corporales de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Prestó servicios a o vivió en una casa para personas con incapacidades de desarrollo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene hemofilia, le han hecho diálisis de riñón o tuvo una transfusión de sangre antes de 1975?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se hizo alguna vez un tatuaje o una perforación del cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Estuvo alguna vez encarcelado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le preocupa que pudo haber estado expuesto a una enfermedad que se transmite sexualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez tuvo usted o su compañero/a sexual alguna enfermedad que se transmite sexualmente o hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha tenido más de un compañero/a sexual durante un período de seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es usted un hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Cuántos compañeros o compañeras sexuales ha tenido en su vida? 0 1 2 3 a 5 6 a 20 más de 20			
17. ¿Usted o su compañero sexual alguna vez se ha inyectado drogas ilegales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Compartió alguna vez con alguien cosas al inyectarse drogas (agujas, jeringas, algodón, agua, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Lo vacunaron alguna vez contra la hepatitis B? Si lo vacunaron, ¿cuándo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>