

¿Está usted en riesgo de enfermarse de hepatitis A?

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su riesgo de sufrir hepatitis A, una infección que se contrae a través de un virus. Marque las casillas que le correspondan. Si prefiere no responder preguntas personales y si alguna de las siguientes preguntas aplica a usted, hable con su profesional de salud, quien le hablará sobre la prueba de detección de la hepatitis A y la vacuna contra esta enfermedad.



- | | Sí | No | No está seguro |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Cree que estuvo expuesto a la hepatitis A en las últimas 2 semanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Le dijeron alguna vez que tenía hepatitis o una enfermedad del hígado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Viaja o trabaja fuera de los Estados Unidos donde la hepatitis A es un problema? (Sin contar a Australia, Nueva Zelandia, el Norte y Oeste de Europa, Japón ni Canadá.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene un problema de coagulación de la sangre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Vive usted en una comunidad en la que hay casos de hepatitis A? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Es usted un nativo americano o un nativo de Alaska? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Trabaja o vive en una reservación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Si es hombre, ¿tiene relaciones sexuales con otros hombres? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Participa en placeres eróticos anales con su compañero/a (lamer o tocar el ano)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Se inyecta o inhala drogas ilegales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |