

Planificación Familiar de New York, Inc.
Proyecto Street Beat, Sanando Nuestras Mujeres

Numero de selección _____

Numero de cliente PSB _____

Fecha: ____/____/____

Entrevistador ingesta: _____

Usted a sido identificado por un miembro del personal de Proyecto Street Beat como una persona que puede estar interesada y puede calificar para un programa de investigación de intervención llamado, Sanando Nuestras Mujeres. Este programa de intervención le enseñara a las mujeres acerca de problemas de salud general, VIH, medicaciones para el VIH, problemas sexuales (incluyendo los efectos de las experiencias sexuales a temprana edad y/o abuso sexual), comunicación interpersonal y drogas/alcohol. El propósito de este programa es para ver como es que Sanando Nuestras Mujeres enseña a mujeres acerca de la salud, los riesgos del VIH y las relaciones, para ayudarles a tomar decisiones sobre la práctica de un comportamiento menos riesgoso sobre la práctica de un comportamiento menos riesgoso. Si esta interesada en el programa, nos gustaría hacerle algunas preguntas para ver si cumple con los criterios de la inscripción de este programa.

Selección para el proyecto Sanando Nuestras Mujeres

Sección A

Nombre del cliente: _____
Nombre, Apellido

¿Cuantos años tiene?

Si el cliente es menor de 18 anos, agradece su participación y déjale saber que no es elegible para el programa

Con que sexo se identifica...

Femenino

Masculino

Transgénero

Si el cliente identifica que no es femenina agradece su participación y déjale saber que no es elegible para el programa

Te describes como...

Afroamericana/o

Caribe

Blanca/o

Asiática/o

Nativa/o Americana/o

Otro _____

Te describes como....

Hispana/Latina

No-Hispana/Latina

SI el cliente se identifica como blanca/o no Hispana/o agradece su participación y déjale saber que no es elegible para el programa

¿Te has hecho la prueba del VIH?

Fecha de la prueba ____/____/____

Si

No

¿Cual fue el resultado de la prueba de VIH?

Negado

No obtuvo el resultado

Inconcluso

VIH – positivo

VIH – negativo

Planificación Familiar de New York, Inc.
Proyecto Street Beat, Sanando Nuestras Mujeres

Sección B

Las siguientes preguntas tienen que ver con las experiencias sensibles que pueden o no sucedido a usted. Muchas mujeres , mientras que eran niñas o adolescentes antes de la edad de 17 años , han tenido experiencias sexuales con una persona Adultos mucho mayor que ellas . Por sexual me refiero a alguien quien fue desde tocar su cuerpo hasta alguien que tuvo relaciones sexuales con usted. Estas experiencias pueden haber involucrado un pariente, un amigo , un amigo o la familia , o una extraño. Estos incidentes ocurrieron hace mucho tiempo. Incluso si usted no está seguro si estas experiencias de la infancia son perjudiciales para usted , por favor conteste sí o no.

Antes de los 17 años:

¿Algún pariente, familiar , amigo o desconocido hizo algo sexual con usted, incluyendo relaciones sexuales con usted, tener relaciones sexuales con usted o le obligo a lamer sus genitales

Si

No

¿Desde los 18 años?

¿Alguien lo ha obligado a tener alguna forma de sexo?

Si

No

Si el cliente no responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas acerca de la infancia o el abuso sexual de los adultos, le doy las gracias por hablar con usted sobre estos temas muy sensibles y expresar su aprecio por su honestidad al responder a una pregunta difícil y desafiante, pero le hizo saber que no es elegible para el programa.

Sección C

Las siguientes preguntas son acerca de sus estados de ánimo y sentimientos , para que podamos entender mejor si el grupo va a trabajar para sus necesidades. Hacemos estas preguntas a todos los interesados en este proyecto para que podamos tener una mejor idea del tipo de ayuda o apoyo que sería mejor para nosotros proporcionar para usted. Ahora algunas preguntas sobre su estado de ánimo y sentimientos.

Dime si ha tenido alguna de las siguientes experiencias en los últimos 60 días , incluyendo hasta hoy.	Si No
1) ¿Se ha sentido triste, deprimido , azul , desesperado o deprimido por períodos prolongados de tiempo? (sonda : por lo menos durante dos semanas o más)	Si No
2) ¿Ha tenido ansiedad que repentina algunos de la nada - es decir, en situaciones en las que no esperas a estar nervioso o incómodo ?	Si No

3) ¿Ha tenido visiones o ha visto cosas o escuchado cosas que otra gente no pueden ver o escuchar ?	Si No
4) ¿Ha tenido pensamientos acerca de o ha intentado hacerse daño a si misma de alguna manera?	Si No
5) ¿Ha tenido pensamientos que sería mejor estar muerto ?	Si No
6) Ha tenido un exceso de dosis que requiere hospitalización o intervención ?	Si No

Importante : si el cliente ha contestado afirmativamente a cualquiera de estos elementos, dale las gracias al cliente por su participación, y hazle saber que necesita hacer referencia a su trabajador social para una evaluación adicional.

 Cliente negó la remisión

 Cliente aceptó la remisión y vio el Trabajador Social

Si el cliente no respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas en la Sección C, dale las gracias por hablar con usted sobre estos temas muy sensibles, expresar su agradecimiento por su franqueza y honestidad al responder a algunas preguntas difíciles y desafiantes , y procede al consentimiento para la participación en el programa .

 Cliente interesado en los programas , y será consentido

 Cliente no está interesado en el programa