

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE FAIRFAX COUNTY**  
**Programa de pruebas de detección de Hepatitis – Clínica STI**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) recomiendan fuertemente que las personas en algunas categorías se hagan pruebas para ver si tienen Hepatitis C, para que se pueda dar atención médica y se tomen medidas preventivas para mantener la salud y evitar la propagación de este virus. Usted puede calificar para hacerse las pruebas de Hepatitis C y B a través de esta clínica.

**I. Programas de pruebas de laboratorio para detectar Hepatitis C y B – Factores de riesgo que califican:**

**Si quiere que se le hagan las pruebas de detección hoy, responda a todas las preguntas**

De ser así para lo siguiente, realizar análisis de Hepatitis B y C			Notas
¿Alguna vez se ha inyectado medicamentos no recetados por un médico (Persona que se inyecta medicamentos – (Person Who Injects Drugs, PWID)/uso de medicamentos intravenosos - (intravenous drug use, IDU))?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Es usted VIH positivo? ( <i>Nota:</i> se recomienda una prueba de Hepatitis C si es VIH+)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<i>Solamente hombres:</i> ¿Es usted un hombre que tiene sexo con otros hombres?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha estado en la cárcel o en prisión? (es decir, ¿alguna vez estuvo preso?)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido hepatitis, enfermedad hepática o enzimas hepáticas elevadas (ALT/AST)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha tenido sexo a cambio de dinero, drogas u otras cosas que necesitaba?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Nació usted de una madre infectada con Hepatitis B o C? (Realizar análisis de lo que se indique – B o C o ambos tipos)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
En caso de responder Sí a alguno de los siguientes, realizar análisis de Hepatitis B solamente			Notas
País de origen (si no es EE. UU., escriba el nombre del país)	<input type="checkbox"/> EE. UU.	Otros: _____	
¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales o ha vivido con alguien que tenga Hepatitis B?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha tenido sexo con alguien que tiene sexo a cambio de dinero, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido un estado médico que requiera terapia inmunosupresora?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
En caso de responder Sí a alguno de los siguientes, realizar análisis de Hepatitis C solamente			Notas
¿Ha recibido una transfusión de sangre antes del año 1992?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha recibido concentrados de factores de coagulación producidos antes del año 1987?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Nació entre 1945-1965?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez se ha realizado diálisis o se realiza actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez se ha hecho un tatuaje o piercing fuera de un comercio habilitado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha inhalado o aspirado drogas? O, ¿alguna vez compartió insumos para drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez tuvo sexo con alguien que tiene Hepatitis C?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Lo remitieron aquí debido a una prueba rápida positiva (reactiva) de Hepatitis C?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

*Si respondió que no a todo, usted no califica para hacerse una prueba de Hepatitis B y/o C. Si respondió que sí, usted califica para hacerse una prueba de Hepatitis B y/o C, que se puede repetir si “Sí” indica un nuevo riesgo que califique desde su última prueba de detección o si ha pasado más de un año desde su última prueba de detección.*

El Departamento de Salud de Virginia (Virginia Department of Health, VDH) proporciona los fondos para estas pruebas de Hepatitis C y B, a través de su seguro médico se le facturará si tiene seguro médico y es elegido para usar ese seguro. Los resultados de su prueba y categorías de riesgo que lo califican para estas pruebas se envían al VDH.

- Quiero hacerme la prueba hoy para la Hepatitis C y/o B
- No quiero hacerme la prueba hoy para la Hepatitis C y/o B

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**II. Historial de vacunación contra la Hepatitis B y la Hepatitis A**

¿Alguna vez se ha vacunado contra la Hepatitis B? ¿Qué serie? (marque todas las que correspondan) Dosis 1 <input type="checkbox"/> Dosis 2 <input type="checkbox"/> Dosis 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez se ha puesto la vacuna contra la Hepatitis A? ¿Qué serie? (marque todas las que correspondan) Dosis 1 <input type="checkbox"/> Dosis 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**III. Clinic Use Only - Services Provided** *If unimmunized: Counseling*  Yes \_\_\_\_\_ (date)  N/A

**Referred to private provider, Walk-in or RN Clinic (vaccine charges may apply)?**  Yes \_\_\_\_\_ (date)  N/A

**Lab Sample for Hep B &/or C drawn with pre-test counseling?**  Yes Date: \_\_\_\_\_ Hep B / Hep C (circle)  No

*Note:* if immunized with Hepatitis B Vaccine, no need to accomplish Hepatitis B lab testing unless risk exposure occurred prior to vaccination

*Note:* annual screening for Hepatitis C is recommended for those who are HIV positive

\_\_\_\_\_  
Firma del médico clínico

\_\_\_\_\_  
Fecha

LABEL
Client's Name: _____
Client's PIN: _____
Date of Birth: _____

**IV. BELOW TO BE COMPLETED BY HEALTH DEPARTMENT STAFF ONLY FOR REPORTING TO VDH:**

**Hepatitis B and/or C Test Results:**

HEP B			
HBsAg	<input type="checkbox"/> Pos	<input type="checkbox"/> Neg	Collection Date:
HB c Ab	<input type="checkbox"/> Pos	<input type="checkbox"/> Neg	Collection Date:
HB s Ab	<input type="checkbox"/> Pos	<input type="checkbox"/> Neg	Collection Date:
HBV IgM	<input type="checkbox"/> Pos	<input type="checkbox"/> Neg	Collection Date:

HEP C			
HCV Ab	<input type="checkbox"/> Pos	<input type="checkbox"/> Neg	Collection Date:
HCV RNA	<input type="checkbox"/> Pos	<input type="checkbox"/> Neg	Collection Date:

<p>Called back for results:                  Hep C &amp;/or B test (if applicable) results provided with counseling? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No      Date: _____</p> <p>If yes, and test results positive, referred to Medical Care? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No      Where: _____</p>
---

Did not call back for results

\_\_\_\_\_  
 Clinician Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Interpreter Name, if applicable

\_\_\_\_\_  
 Date

Screening Site (**circle one**):      ADO                  JWHC                  HRDO                  MVDO                  SDO

FHD-CL-S-29      Rev. 4/8/19 (P), 7/27/22

**Scan completed form to designated M Drive folder**