**Cuestionario del Proyecto *EMERGE*ncy ID NET CRASHED**

*Instrucciones para el coordinador del sitio: Este cuestionario será autoadministrado por los participantes de 16 años o más. El coordinador de la institución le preguntará al participante si prefiere completar el cuestionario en una tableta, en su teléfono o en papel y facilitará el proceso. Recuérdele al participante que puede saltear cualquier pregunta que no quiera responder.*

*Instrucciones para el participante: Responda las siguientes preguntas. Todas sus respuestas serán confidenciales. Puede saltearse cualquier pregunta que no quiera responder. Puede pedirle ayuda al coordinador del proyecto en cualquier momento.*

1. Se considera usted mismo como:

Masculino

Femenina

No binario

Hombre transgénero

Mujer transgénero

Queer/no conforme con su género, ni mujer ni hombre exclusivamente

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me niego a responder

1. Se considera usted mismo como:

Heterosexual (persona que se siente atraída por personas del sexo opuesto)

Lesbiana o gay

Bisexual

Queer, pansexual, y/o indeciso/a

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No lo sé

Me niego a responder

1. Durante los ***últimos tres meses*** usted... marque todas las que correspondan

¿Ha bebido mucho alcohol al mismo tiempo (5 tragos o más para hombres, 4 tragos o más para mujeres, en una ocasión)?

¿Ha fumado cigarrillos, vapeado, mascado productos de tabaco?

¿ha consumido productos de marijuana (gomitas, “bong”)?

¿se ha inyectado alguna droga?

¿ha usado cualquiera de los siguientes: Éxtasis, Molly, ketamina, GHB, metanfetamina, cocaína

¿ha usado cualquiera de los siguientes: Fentanilo, heroína, píldoras opioides con prescripción (Percocet, Vicodin, OxyContin, metadona, morfina, etc.)

ha usado “poppers”?

Ninguna de las anteriores

Me niego a responder

1. ¿Vive usted con un hombre que tiene sexo con hombres O vive usted con una persona transgénero que tiene sexo con hombres?

Sí

No

No lo sé

Me niego a responder

1. Durante los ***últimos tres meses***, ¿ha tenido relaciones sexuales?

Sí (*si su respuesta es si, continúe con el cuestionario*)

No (*si su respuesta es no, el cuestionario ha finalizado*)

Me niego a responder *(si se niega, el cuestionario ha finalizado)*

1. En los ***últimos tres meses***, ¿cuántas parejas sexuales ha tenido?

\_\_\_\_\_ número de parejas

Me niego a responder

1. ¿Ha tenido relaciones sexuales con una pareja que haya tenido síntomas similares (fiebre, fatiga, etc.) y/o una erupción ***en el último mes***?

Sí

No

No lo sé

Me niego a responder

1. Usted tiene relaciones sexuales con:

Hombres

Mujeres

Ambos

Me niego a responder

1. ¿Con qué frecuencia usa un método de barrera (por ejemplo, condones, barrera bucal) al participar en actividades sexuales?

Nunca

A veces

Siempre

Me niego a responder

1. Durante los ***últimos tres meses***, ¿ha practicado sexo anal?

Sí

No

Me niego a responder

1. Durante los ***últimos tres meses***, ¿ha practicado sexo oral?

Sí

No

Me niego a responder

1. Por favor marque todas las que correspondan con su historia sexual de los últimos ***tres meses****:*

Participé en sexo grupal (2 o más parejas al mismo tiempo)

Participé en fiestas sexuales

Conocí parejas sexuales a través de aplicaciones de citas (por ejemplo, Tinder, Grindr, etc.)

Le he dado a alguien dinero, drogas o un lugar donde quedarse a cambio de sexo

Me pagaron o intercambié sexo por dinero, drogas, un lugar donde quedarme, o regalos

Tuve relaciones sexuales luego de tomar drogas (chemsex o “Party ‘n Play”)

Tuve relaciones sexuales en un festival de música o en una juerga

Tuve relaciones sexuales con una pareja anónima

Compartí juguetes sexuales con una pareja

Viajé a otro país y tuve actividad sexual con una pareja nueva

Tuve relaciones sexuales con alguien que venía de visita de otro país

Tuve relaciones sexuales con alguien que venía de visita de otra ciudad

Ninguna de las anteriores

Me niego a responder

Comentarios (*use este espacio para proporcionar cualquier opinión que le gustaría añadir o para preguntas*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¡Gracias por participar en este cuestionario!