





**ACTG ADHERENCE SELF REPORT**

Pt. No.        \*Seq. No.   \*\*Step No.   Date        
mmm dd yyyy

**Si no obvió dosis alguna, escriba cero (0) en el cuadro. Tome nota que el cuadro se refiere a DOSIS, no PILDORAS.**

**SI TOMÓ SÓLO UNA PORCIÓN DE LA DOSIS EN UNO O MÁS DE ESOS DÍAS, REPORTE LA(S) DOSIS COMO OMITIDA(S).**

Nombres/abreviación de sus medicamentos [70]	Número de dosis recetadas por día	CUANTAS DOSIS OMITIO ...			
		Ayer	Anteayer (hace dos días)	Hace 3 días	Hace 4 días
a. _____	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis
b. _____	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis
c. _____	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis
d. _____	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis
e. _____	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis
f. _____	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis
g. _____	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis
h. _____	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis
i. _____	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis
j. _____	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis	<input type="checkbox"/> dosis

**Medicamentos contra el VIH**

Insert latest template here.

**ACTG ADHERENCE SELF REPORT**

Pt. No.        \*Seq. No.   \*\*Step No.   Date          
mmm dd yyyy

**INSTRUCCIONES:** Marque con “✓” el cuadro apropiado. Marque un cuadro por cada pregunta.

**For Protocol A0000: Medication refers to [study medication].**

3. La mayoría de los medicamentos deben tomarse de acuerdo a un programa, tal como “2 veces al día”, “3 veces al día” o “cada 8 horas”. ¿Con qué frecuencia se apegó a su programa específico en los últimos cuatro días?

<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>La mitad de las veces</b>	<b>La mayoría de las veces</b>	<b>Todo el tiempo</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

4. ¿Tiene alguno de sus medicamentos instrucciones especiales, tales como “tomar con comida” o “con el estómago vacío” o “con muchos líquidos”?

**Sí**       **No**  
1                      2

**Si responde “No”,** diríjase a la pregunta 5.

**Si responde “Sí”,** ¿qué tan a menudo obedeció las instrucciones especiales durante los últimos cuatro días?

<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>La mitad de las veces</b>	<b>La mayoría de las veces</b>	<b>Todo el tiempo</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. 0	1	2	3	4

5. ¿Cuándo fue la última vez que obvió alguno de sus medicamentos?

**(Marque un cuadro)**

Durante la semana pasada	5 <input type="checkbox"/>
Hace de 1 a 2 semanas	4 <input type="checkbox"/>
Hace de 3 a 4 semanas	3 <input type="checkbox"/>
Hace entre 1 y 3 meses más o menos	2 <input type="checkbox"/>
Hace más de 3 meses	1 <input type="checkbox"/>
Nunca me salto mis medicamentos	0 <input type="checkbox"/>