



## CUESTIONARIO DE ADHERENCIA PARA CUIDADORES

### Grupo de tratamiento continuo - Seguimiento

Nombre y Apellido HC Fecha de evaluación: / /	Fecha de nacimiento: / /
---	--------------------------

Nos gustaría saber si es difícil darle las medicinas anti- HIV a los niños todos los días. Estamos interesados en averiguar cómo es para usted y su familia. Siendo honesto acerca de si su hijo toma o no las medicinas puede ayudar a otros niños en el futuro. Por favor marque la casilla de la respuesta que mejor describa que está pasando hasta donde usted sepa. Por favor piense solo en las medicinas anti-HIV que está tomando su hijo/a, y no otras medicinas.

Si su hijo/a es responsable y se toma sus medicinas solo entonces usted no tendrá que rellenar este cuestionario. Gracias por la ayuda.

1. ¿Cuál es su relación con el niño? .....

2. ¿Quién da las medicinas al niño? (ej usted/su cónyuge/ otro miembro de la familia) .....

3. Algunas personas se dan cuenta que se olvidan de tomar sus medicinas los fines de semana. ¿Ha olvidado su hijo tomar alguna de las dosis de sus medicinas el último fin de semana? (Viernes, sábado o domingo) Si   
No

4. ¿Cuándo ha sido la última vez que su hijo/a se ha saltado cualquiera de las dosis de sus medicinas para el HIV? (por favor marque la casilla)

En la última semana   
Hace 1-2 semanas   
Hace 3-4 semanas   
Ninguna desde la última visita

5. Algunas personas descubren que no son capaces de tomar sus medicinas todos los días. ¿Se ha saltado su hijo/a todas las medicinas para el HIV dos días seguidos o más desde su última visita clínica? Si   
No

6. Por favor marque en la línea de abajo la cantidad de medicinas para HIV que su hijo se ha tomado desde la última visita clínica.

Por ejemplo. 0% significaría "no se ha tomado ninguna de las dosis anti-HIV" y 100% significaría "Se ha tomado todas las dosis de sus medicinas anti-VIH"

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
(Ninguna) (Todas)

7. ¿Completó este cuestionario usted solo? Si   
No  Si No, ¿quién más te ha ayudado? (e.j padre, enfermera, amigo) \_\_\_\_\_

Gracias por tomarse su tiempo en completar este formulario. Por favor añada cualquier comentario que tenga: