

1. ¿Por qué te quieres hacer la prueba?

2. ¿Qué tipo de relaciones sexuales has tenido el último año?

- Coito vaginal
- Coito oral
- Coito anal
- Otro

3. ¿Con quién/quienes has tenido relaciones sexuales el último año?

- Hombre/hombres
- Mujer/mujeres
- Tanto con hombre/hombres como con mujer/mujeres
- Otro

Sí No No sé

	Sí	No	No sé
4. ¿Tienes molestias? En caso negativo ir a la pregunta 5			
Molestias urinarias/dolor al orinar			
flujo			
sangrado entre las menstruaciones			
sangrado al tener relaciones sexuales			
tengo/he tenido dolor en la parte inferior del vientre/órganos genitales/ escroto			
heridas, erupciones, ampollas o comezón en los órganos genitales			
¿dolor en los ganglios linfáticos?			
5. ¿Tu/s pareja/s ha tenido molestias urinarias o en los órganos genitales?			
6. El último año ¿has tenido sexo vaginal, oral o anal con una pareja nueva o casual?			
7. El último año ¿has tenido sexo vaginal, oral o anal con alguien que haya podido tener relaciones sexuales con alguien más?			
8. ¿Has tenido relaciones sexuales en otro país que no sea Suecia?			

9. ¿Usas condón?

- Siempre
- La mayoría de las veces
- A veces
- Nunca