

Name: _____

Date: _____

HIV/AIDS

N K 4 D 4 D P Y N C N E Y D Y N C
O V S K I H 4 L P A L P S I B B C
I O C W M B N K L 4 H E C E O H I
T D D I E W O R L D A I D S D A Y
N T 4 B L O O D E E Y O I Y E I H
E N C I M M U N E S Y S T E M B C
V M O I D V D V P W N O H V T O H
E D U U S 4 V C Y C O M P Y N L L
R P N D I L H D Y M L I I D N H S
P O T R V R I D Y D O I O N I E O
A D W N O H S L U P 4 M N N H S T
D M B N E 4 4 T L D S U R I 4 A B
C B I C O B 4 C T P S R E V C E A
M C M T E S T K A H U K I H W S Y
E I D I O R K N R B V H N W K I N
A H K C R I S K V L L M R E U D N
T S D I A 4 C W A B S T E I N D Y

WORLD AIDS DAY
CD4 COUNT
CONDOMS
BLOOD
AIDS

IMMUNE SYSTEM
CHRONIC
ABSTEIN
RISK
ARV

PREVENTION
DISEASE
CLINIC
TEST
HIV