

Formulario de Registro para Servicios de Apoyo a la Vivienda

Fecha ____/____/____ (MM/DD/AA)

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (MM/DD/AA) Número de seguridad social: ____-____-____

Apellido de soltera de su madre: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Su dirección :

Calle: _____

Nº de apartamento/unidad _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Podemos enviarle correo que indique APLA Health en el sobre a esta dirección? ☐ Sí ☐ No

Dirección postal si es diferente a la anterior:

Calle/ Apartado postal: _____

Nº de apartamento/unidad _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Podemos enviarle correo que indique APLA Health en el sobre a esta dirección? ☐ Sí ☐ No

Teléfono durante el día: (____) ____-____ ¿Podemos dejarle un mensaje indicando que llamamos de APLA Health? ☐ Sí ☐ No

Teléfono durante la noche: (____) ____-____ ¿Podemos dejarle un mensaje indicando que llamamos de APLA Health? ☐ Sí ☐ No

Teléfono celular: (____) ____-____ ¿Podemos dejarle un mensaje indicando que llamamos de APLA Health? ☐ Sí ☐ No

¿Podemos contactarlo a través de correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, favor de indicar su dirección de correo electrónico:

Si alguien más contestara su teléfono, ¿con quién podría APLA Health hablar o dejar un mensaje?

Nombre:	
Parentesco:	
Nombre:	
Parentesco:	

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

1. ¿Cuál es su género?

☐ Hombre

☐ Mujer

☐ Transgénero de hombre a mujer

☐ Transgénero de mujer a hombre

2. ¿Cuál es su origen étnico?

☐ Latino (hispano)

☐ Blanco (no hispano)

☐ Asiático/de las Islas del Pacífico

☐ Negro/Afroamericano (no hispano)

☐ Nativo americano/Nativo de Alaska/ de las Islas Aleutianas

☐ Otro (favor de especificar) _____

3. ¿Cuál es su lengua materna?

☐ Inglés

☐ Español

☐ Lenguaje de signos americano

☐ Armenio

☐ Ruso

☐ Otro (favor de especificar) _____

4. ¿Habla inglés con fluidez? ☐ Sí ☐ No ¿Lee y escribe inglés? ☐ Sí ☐ No

5. ¿En qué país nació? _____

• Tiempo que lleva en EE.UU. _____ (en meses)

6. Marque todas las que correspondan

☐ Con discapacidad física

☐ Sordo o con dificultades auditivas

☐ Ciego o con visión reducida

SEGURO(S) MÉDICO(S) DEL CLIENTE

7. ¿Recibe actualmente prestaciones del Programa de Asistencia en Medicamentos para pacientes con VIH/SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Qué tipo de seguro médico tiene?

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| ☐ Medi-Cal <i>sin</i> costo compartido | ☐ HMO/PPO | ☐ Ninguno |
| ☐ Medi-Cal con costo compartido | ☐ Privado | |
| ☐ Medicare | ☐ VA y/u otras prestaciones del gobierno | |
| ☐ Ambos Medi-Cal y Medicare | ☐ Otro (favor de especificar) _____ | |

9. ¿Ha solicitado servicios de Medi-Cal últimamente? ☐ Sí ☐ No

a. Si la respuesta es "sí", indique la fecha de la solicitud de Medi-Cal _____ (MM/DD/AA)

b. ¿Cuál es el estado de su solicitud?

10. Si tiene seguro privado a través de un HMO o PPO, ¿cuál es el nombre de su proveedor?

a. ¿Cuál es el n° de identificación de su seguro? _____

b. Fecha de elegibilidad _____

c. ¿Cuánto es su co-pago por visita médica? _____

d. ¿Cuánto es su co-pago por receta? _____

INGRESOS

11. Por favor, indique sus ingresos mensuales brutos:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Menos de \$747 | ☐ \$748-\$1,197 | ☐ \$1,198 - \$2,234 |
| ☐ \$2,235 - \$2,992 | ☐ Más de \$2,993 | |

12. ¿Es medicamente apto para trabajar? ☐ Sí ☐ No

13. ¿Recibe alguno de los siguientes? *(En su caso, marque todas las casillas e indique la cantidad)*

	Cantidad recibida al mes		
Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por su siglas en inglés)	☐ Sí	☐ No	\$
Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)	☐ Sí	☐ No	\$
CalWORKS, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)	☐ Sí	☐ No	\$
Seguro Estatal de Discapacidad (SDI, por sus siglas en inglés)	☐ Sí	☐ No	\$
General Relief (GR)	☐ Sí	☐ No	\$
Estampillas de comida	☐ Sí	☐ No	\$
Asistencia en Efectivo para Inmigrantes (CAPI, por sus siglas en inglés)	☐ Sí	☐ No	\$
Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés)	☐ Sí	☐ No	\$
Beneficios para Veteranos (VA)	☐ Sí	☐ No	\$
Otros ingresos (Apoyo de amigos/familia)	☐ Sí	☐ No	\$
Favor de indicar el origen: _____			

ANTECEDENTES DEL VIH

Para poder proporcionarle servicios que cubran sus necesidades, favor de contestar a las siguientes preguntas:

14. ¿Cómo se infectó del VIH? *(Marque todas las que correspondan)*

- | | |
|---|---|
| ☐ Sexo entre hombre y mujer (contacto heterosexual) | ☐ Uso de drogas intravenosas |
| ☐ Sexo entre hombres | ☐ Contagio durante el parto |
| ☐ Sexo entre hombres y uso de drogas intravenosas | ☐ Hemofilia/trastorno de coagulación |
| ☐ Transfusión de sangre u otros productos sanguíneos o tejidos | ☐ Otro (especificar) _____ |

15. ¿Cuáles han sido o son el/los género(s) de su(s) pareja(s) sexual(es)? *(Marque todas las que correspondan)*

- | | |
|---------------------------------|--|
| ☐ Hombre | ☐ Transgénero de hombre a mujer |
| ☐ Mujer | ☐ Transgénero de mujer a hombre |
| | ☐ No hay parejas sexuales |

SITUACIÓN DE VIVIENDA:

16. ¿Cuál es el tamaño de su hogar (cuántas personas viven con usted)? _____

17. Estado civil (*Marque todas las que correspondan*)

- ☐ Soltero(a)
☐ En pareja/no casados legalmente
☐ Separado(a)/Divorciado(a)
☐ Viudo(a) _____ años
☐ Casado(a)/Sociedad doméstica _____ años
 ☐ Hombre ☐ Transgénero de hombre a mujer
☐ Mujer ☐ Transgénero de mujer a hombre

18. ¿Cuál es su situación de vivienda?

- ☐ Estable y permanente (vive en un departamento, casa, arrendamiento)
☐ No es permanente (sin hogar, en situación transitoria)
☐ Institución (correcional, centro de salud o de salud mental) _____
☐ Otro (favor de especificar) _____

19. ¿Tiene hijos *dependientes*? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es "Sí", ¿Cuántos hijos dependientes tiene? _____

20. ¿Alguna vez ha estado en la cárcel o prisión? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia ¿a quién debemos contactar, indicando que la llamada procede de APLA Health, y en caso necesario, proporcionar información personal suya?

Nombre _____

Parentesco con usted _____

Dirección _____ N° de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Teléfono durante el día: (_____) _____ - _____

Teléfono durante la noche: (_____) _____ - _____

Teléfono celular: (_____) _____ - _____

Idioma que habla _____

¿Conoce esta persona su estatus del VIH?

☐ Sí ☐ No

¿Podemos compartir con dicha persona su información ?

☐ Sí ☐ No

21. ¿Tiene un Poder Notarial de duración indeterminada (DPA, por sus siglas en inglés) para el cuidado médico?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí," ¿cuál es el nombre de la persona asignada en el DPA?

➤ Número de teléfono (_____) _____ - _____

22. ¿Dónde recibe servicios médicos principalmente? (tales como Kaiser Permanente, AIDS Healthcare Foundation (AHF), Hospital del Condado o USC (5P21), Clínica Jeffrey Goodman, etc.)

Nombre de su médico _____

Número de teléfono (____) _____ - _____

Nombre del/de la enfermero(a) (en su caso) _____

Número de teléfono (____) _____ - _____

Nombre del/de la trabajador(a) social (en su caso) _____

Número de teléfono (____) _____ - _____

¿Está satisfecho(a) con su cuidado médico? ☐ Sí ☐ No

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

X _____
Firma del/de la cliente

_____/_____/_____
Fecha (MM/DD/AA)

La información personal se notifica de manera anónima y no está vinculada a usted de manera individual. Su nombre y cualquier información que lo identifique se mantendrá de manera CONFIDENCIAL. Por favor, responda a todas las preguntas.

Consentimiento para Comunicaciones Electrónicas (Correo Electrónico y Mensajes de Texto)

POR FAVOR, LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CON ATENCIÓN. SU FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA SU COMPRENSIÓN DE ESTA INFORMACIÓN Y SU ACEPTACIÓN DE LOS RIESGOS Y TÉRMINOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN.

Usted ha solicitado que Alliance for Housing and Healing se comunique con usted mediante correos electrónicos y mensajes de texto no encriptados ("Comunicación Electrónica"). Debe tener en cuenta que no existe garantía de privacidad al enviar información por estos medios. Si decide no firmar este formulario, Alliance for Housing and Healing no se comunicará con usted por correo electrónico ni mensajes de texto, pero su inscripción, elegibilidad para asistencia u otras operaciones de servicio no se verán afectadas. Si decide que desea comunicarse con el personal de Alliance for Housing and Healing por correo electrónico o mensajes de texto, debe considerar los riesgos antes mencionados antes de firmar este consentimiento.

Información del Cliente

Nombre del Cliente en letra molde: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Correo Electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Mi consentimiento para la comunicación electrónica no será efectivo hasta que reciba y responda adecuadamente a un mensaje de prueba de Alliance for Housing and Healing.

Por favor, seleccione la pregunta de seguridad que desea utilizar para la verificación de identidad la primera vez que recibamos un mensaje suyo, y proporciónenos su respuesta a continuación:

- Los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social: _____
- El apellido de soltera de su madre: _____
- El nombre de su mascota: _____

Riesgos del Uso del Correo Electrónico y Mensajes de Texto para Comunicaciones Electrónicas

Correo electrónico y mensajes de texto:

- Pueden ser copiados, circulados, reenviados y almacenados en archivos electrónicos;
- Pueden ser difundidos mundialmente e inmediatamente, ya sea accidental o intencionalmente, y recibidos por muchos destinatarios no previstos;
- Son más fáciles de falsificar que los documentos manuscritos o firmados;
- Pueden ser interceptados, alterados, reenviados o usados sin autorización escrita o sin ser detectados;
- Es posible que no se respondan en el plazo esperado por el remitente.
- Copias de respaldo de correos electrónicos y mensajes de texto pueden existir incluso después de que todos los participantes hayan eliminado sus propias copias;
- Los empleadores y servicios en línea pueden tener derecho a archivar e inspeccionar los correos electrónicos transmitidos a través de sus sistemas;
- Las contraseñas que proporcionan acceso al correo electrónico y a los teléfonos celulares pueden ser robadas y mal utilizadas, o los sistemas anfitriones pueden ser comprometidos, lo que puede conducir a la divulgación no autorizada de información personal.

Condiciones para el uso de correo y mensajes con el personal de Alliance for Housing and Healing

Cuando sea aplicable, Alliance for Housing and Healing podrá usar y divulgar información de salud protegida ("PHI") según lo definido en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"), de conformidad con HIPAA y las regulaciones relacionadas. Alliance for Housing and Healing utilizará medios razonables para proteger la confidencialidad de la PHI y otra información del cliente enviada y recibida por correo electrónico y mensajes de texto. Sin embargo, debido a los riesgos mencionados anteriormente, Alliance for Housing and Healing no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de las comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto, y no será responsable por la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por conducta intencional indebida de Alliance for Housing and Healing.

También es importante entender que el propósito de la comunicación por correo electrónico y mensajes de texto es facilitar la comunicación con Alliance for Housing and Healing. No está destinada a sustituir las reuniones presenciales y/o las conversaciones personales con Alliance for Housing and Healing.

Al firmar este formulario de consentimiento, acepto y reconozco lo siguiente:

- Soy un cliente establecido de Alliance for Housing and Healing;
- Consiento recibir correos electrónicos y/o mensajes de texto según lo especificado en este formulario, incluidos los mensajes que Alliance for Housing and Healing pueda enviarme mediante sistemas de marcación automática u otros medios automatizados. Pueden aplicarse cargos por mensajes y datos;
- He leído y entiendo las Condiciones para el Uso de Correo Electrónico y Mensajes de Texto con el personal de Alliance for Housing and Healing;
- Alliance for Housing and Healing leerá y responderá las comunicaciones por correo electrónico tan pronto como sea razonablemente posible; sin embargo, no se garantiza un tiempo específico de respuesta. Por lo tanto, no utilizaré correo electrónico ni mensajes de texto para asuntos urgentes;
- Parte o toda la información enviada o recibida por correo electrónico o mensajes de texto puede referirse a mi diagnóstico y/o a otra información relacionada con mi salud. Esta información puede formar parte de mi expediente o ser remitida internamente a otros miembros del personal de Alliance for Housing and Healing según sea necesario para la prestación de servicios u otras actividades relacionadas con el negocio. Sin embargo, la información electrónica no será remitida a terceros independientes sin mi consentimiento previo por escrito, excepto cuando la ley lo autorice o exija;
- La comunicación por correo electrónico y mensajes de texto no es segura, por lo tanto, Alliance for Housing and Healing no puede garantizar la confidencialidad de la PHI electrónica ni de otra información del cliente. Entiendo que es mi responsabilidad proteger las contraseñas de mi correo electrónico y otras cuentas. También comprendo que Alliance for Housing and Healing y sus representantes no son responsables por violaciones de confidencialidad relacionadas con correos electrónicos o mensajes de texto causadas por terceros o por mí mismo;
- Puedo revocar mi consentimiento para las comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto en cualquier momento.

Reconocimiento y Acuerdo del Cliente

Por la presente, reconozco que he leído y comprendido completamente la información proporcionada en este Formulario de Consentimiento del Cliente para Comunicaciones Electrónicas (Correo Electrónico y Mensajes de Texto). Entiendo los riesgos asociados con el uso del correo electrónico y mensajes de texto para comunicarme con el personal de Alliance for Housing and Healing. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para participar en comunicaciones electrónicas con el personal de Alliance for Housing and Healing.

Firma del/de la cliente: _____

Fecha: _____

Salvo que se revoque por escrito más abajo, esta Autorización expirará en la fecha que ocurra último entre los siguientes eventos: (1) un año después de la fecha de mi firma; o (2) la fecha en que se terminen mis servicios con Alliance for Housing and Healing.

Derecho a Revocar

Solicito que Alliance for Housing and Healing deje de utilizar la dirección de correo electrónico y/o el número de teléfono celular arriba indicados para comunicarse conmigo electrónicamente.

Al firmar a continuación, revoco el consentimiento previamente otorgado.

Nombre del Cliente en letra molde: _____

Firma del/de la cliente: _____ Fecha: _____

Cliente recibió copia (Iniciales del cliente): _____

Declaración Jurada de Cuentas Bancarias y Activos

Este formulario debe ser completado por el solicitante de HOPWA, pero aplica a todo el hogar.

Yo, _____, estoy solicitando asistencia a través de un programa financiado con fondos federales del Departamento de Vivienda de Los Ángeles (LAHD). Las regulaciones de HUD requieren la verificación de toda la información financiera de los hogares participantes, incluyendo ingresos, cuentas bancarias y activos. Los ingresos anuales incluyen las cantidades derivadas de los activos de todos los miembros del hogar. Los activos son cualquier bien de valor que pueda convertirse en efectivo. No existe un límite de activos para participar en este programa.

Por favor, marque todo lo que corresponda a su hogar:

- ☐ Yo/nosotros tenemos una o más cuentas de ahorro bancarias
- ☐ Yo/nosotros tenemos una o más cuentas corrientes bancarias
- ☐ Ningún miembro del hogar tiene una cuenta bancaria

Por favor marque si usted o algún adulto en su hogar posee actualmente alguno de los siguientes activos:

- ☐ Dinero en efectivo en cuentas de ahorro y corriente, cajas de seguridad
- ☐ Certificados de depósito, fondos mutuos, acciones, bonos
- ☐ Valor en efectivo del seguro de vida entera o universal
- ☐ Anualidades, fideicomiso revocable
- ☐ Colecciones como inversión: gemas, joyas, colecciones de monedas
- ☐ Pensiones y jubilaciones del empleador
- ☐ Cuentas de retiro individual (IRA), cuentas Keogh
- ☐ Dinero en efectivo, incluyendo pero no limitado a efectivo guardado en casa bajo el colchón, en latas de café, etc. *(Aunque esto no genera ingresos, es un bien de valor que podría usarse en beneficio del miembro del hogar. Algunos programas requieren que los hogares "reduzcan" sus activos antes de poder participar)*

Un activo no incluye lo siguiente: ropa, automóviles, anillo de bodas u otras joyas que no se mantengan como inversión, muebles, intereses en tierras de fideicomiso indígena, pólizas de seguro de vida temporal, participación en unidades cooperativas, activos que formen parte de un negocio activo, activos a los que no se pueda acceder.

Por favor, marque si usted o algún adulto en su hogar no poseen activos:

- ☐ Sin activos

Entiendo que cualquier tergiversación de información o la omisión de información solicitada en este formulario puede descalificarme de participar en este programa federal financiado por LAHD, y puede ser motivo para la terminación de la asistencia. ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas federales de beneficios públicos, según la Ley de Recursos Civiles por Fraude en Programas de 1986 (Program Fraud Civil Remedies Act), 31 U.S.C. §§ 3801-3812.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. También entiendo que es mi responsabilidad informar por escrito cualquier cambio en la composición de mi hogar o en mis ingresos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicho cambio.

Nombre del Cliente en letra molde

Firma del/de la cliente

Fecha

Nombre del proveedor

Firma del/de la cliente

Fecha

Declaracion Jurada de Ingresos o de Cero Ingresos

Este formulario debe ser completado por el solicitante de HOPWA, pero aplica para todo el hogar

Yo, _____ estoy solicitando asistencia a través de un programa financiado por el Departamento de Vivienda de Los Ángeles (LAHD).

Entiendo que las regulaciones del HUD requieren documentación de ingresos brutos para todos los miembros del hogar de 18 años de edad o más. (La documentación debe estar completa y cubrir un mes completo (30 días) anterior a la certificación o recertificación de elegibilidad). Comprendo que este formulario se utiliza para declarar ingresos cero o para documentar ingresos del hogar para los cuales no puedo obtener documentación de terceros.

Los ingresos incluyen, pero no se limitan a:

- Salarios brutos, sueldos, pago por horas extras, comisiones, honorarios, propinas, bonificaciones y otra compensación por servicios personales.
- Ingresos netos por operación de un negocio o por alquiler de bienes inmuebles o bienes personales.
- Intereses, dividendos y otros ingresos netos de cualquier tipo provenientes de bienes inmuebles o bienes personales.
- Cantidades derivadas de activos de todos los miembros del hogar.
- Monto total de pagos periódicos recibidos del Seguro Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por discapacidad o fallecimiento y otros tipos similares de ingresos periódicos, excepto lo indicado en la línea 14 de Exclusiones de Ingresos Anuales.
- Pagos en lugar de ganancias, tales como compensación por desempleo y discapacidad, compensación laboral y pago por indemnización, excepto lo indicado en la línea 3 de Exclusiones de Ingresos Anuales.
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), incluyendo montos destinados a vivienda y servicios públicos. Pensión alimenticia, pagos de manutención infantil y contribuciones regulares de organizaciones o personas que no residan en la vivienda. Todo pago regular, pago especial y asignaciones de un miembro de las Fuerzas Armadas, excepto lo indicado en la línea 7 de Exclusiones de Ingresos Anuales

Declaracion Jurada de Cero Ingresos

- ☐ Por la presente certifico que ninguna persona en mi hogar ha recibido ingresos en los últimos 30 días. No espero recibir ingresos en el futuro cercano. Notificaré de inmediato a mi proveedor si llego a recibir ingresos de cualquier fuente.

Declaracion Jurada de Ingresos

- ☐ Certifico que yo y/o un adulto en mi hogar recibimos ingresos en los últimos 30 días, pero no puedo obtener verificación de terceros porque: _____

Fuente de Ingresos: _____ Frecuencia de Pago _____ Fecha de Recepción _____

Fuente de Ingresos: _____ Frecuencia de Pago _____ Fecha de Recepción _____

Fuente de Ingresos: _____ Frecuencia de Pago _____ Fecha de Recepción _____

Entiendo que la auto-certificación de ingresos solo se permite cuando no tengo ingresos o cuando he intentado, sin éxito, obtener verificación de ingresos por parte de un tercero. Comprendo que cualquier tergiversación de información o la omisión de información solicitada en este formulario puede descalificarme de participar en este programa federal financiado por LAHD, y puede ser motivo para la terminación de la asistencia. **ADVERTENCIA:** Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas federales de beneficios públicos, según la Ley de Recursos Civiles por Fraude en Programas de 1986 (Program Fraud Civil Remedies Act), 31 U.S.C. §§ 3801-3812. Acepto notificar de inmediato a mi administrador/a de vivienda cualquier cambio en mis ingresos.

Nombre del Cliente en letra molde

Firma del/de la cliente

Fecha

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES PARA LOS CLIENTES Y PACIENTES

El propósito de esta Declaración de Derechos y Deberes es ayudar a los clientes a que actúen en su propio nombre y en colaboración con sus proveedores para obtener el mejor cuidado y tratamiento posible para el VIH/SIDA. La Declaración de Derechos y Deberes surge del corazón de personas que viven con el VIH/SIDA en diversas comunidades del Condado de Los Ángeles. Como alguien que apenas comienza o actualmente tiene acceso al cuidado, tratamiento o servicios de apoyo para el VIH/SIDA, usted tiene el derecho a:

A. Un tratamiento respetuoso

1. Recibir un cuidado considerado, respetuoso, profesional, confidencial y oportuno en un ambiente seguro centrado en el cliente y libre de prejuicios.
2. Recibir un cuidado igualitario y justo de acuerdo con la ley federal y estatal.
3. Recibir información sobre las cualificaciones de sus proveedores, particularmente sobre su experiencia en la gestión y tratamiento de los padecimientos relacionados con el VIH/SIDA
4. Estar informado sobre los nombres y teléfonos de trabajo de los médicos, enfermeros y otros miembros del personal que sean responsables de su cuidado.
5. Acceder a espacios seguros para la protección de la propiedad privada mientras recibe cuidados y servicios.
6. Recibir servicios que sean apropiados cultural y lingüísticamente, incluyendo la explicación completa y clara de las opciones de los servicios y tratamientos proporcionados en su propio idioma o dialecto.
7. Ver su expediente médico y recibir copias si las pide (pueden aplicarse políticas razonables de la agencia incluyendo un costo por las fotocopias).
8. Cuando surjan necesidades especiales, ampliar el horario de visitas de familiares, amigos o pareja durante el tratamiento hospitalario, reconociendo que puede haber límites impuestos por los hospitales, instituciones de cuidado terminal u otras instituciones hospitalarias, por motivos válidos.

B. Un cuidado competente y de alta calidad

1. Recibir tratamiento de profesionales competentes y cualificados que siguen las normas de tratamiento del VIH establecidas por la Guía Federal de Servicios de Salud Pública, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), el Departamento de Servicios de Salud de California y el Condado de Los Ángeles.
2. Tener acceso a estos profesionales en horarios y lugares convenientes.
3. Recibir referidos apropiados a servicios médicos, de salud mental y otros cuidados.

C. Tomar las decisiones de tratamiento

1. Recibir información completa y actual, en palabras que usted entienda, sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, medicamentos (incluyendo efectos secundarios comunes y complicaciones) y pronósticos razonablemente esperados.
2. Participar activamente con su(s) proveedor(es) en discusiones sobre sus preferencias y opciones disponibles para su tratamiento.
3. Tomar la decisión final sobre qué opción es mejor para usted después de que se le haya dado toda la información relevante sobre estas opciones y una clara recomendación de su proveedor.
4. Rehusar alguno o todos los tratamientos que se le recomienden y que se le informe sobre los efectos que puede haber en su salud al no tomar ningún tratamiento, que se le informe de todas las posibles consecuencias de su negativa y que se le asegure que tiene el derecho a cambiar de opinión más adelante.

5. Ser informado sobre cualquier ensayo clínico y que se le brinde la oportunidad de participar en aquel ensayo que sea apropiado y para el cual usted sea elegible.
6. Negarse a participar en un estudio sin prejuicio o penalización alguna.
7. Negarse a participar en cualquier servicio ofrecido o terminar su participación en cualquier programa sin preferencias y sin que esto afecte su cuidado.
8. Ser informado de los procedimientos de la agencia o institución para resolver malos entendidos, presentar reclamaciones o presentar quejas.
9. Recibir respuesta a cualquier queja o reclamación en los 30 días después de que la haya presentado.
10. Ser informado de cualquier servicio de defensa o apoyo fuera de la agencia que le ayude a resolver problemas o reclamaciones (vea el número de teléfono en la parte inferior de este formulario), incluyendo cómo comunicarse con un centro federal de reclamaciones dentro del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid.

D. Confidencialidad y privacidad

1. Recibir una copia de la Notificación de Políticas de Privacidad y Procedimientos de su agencia. Su agencia le pedirá que acuse haber recibido este documento.
2. Mantener su estatus del VIH confidencial o anónimo con respecto a los servicios de consejería y pruebas del VIH. Recibir información sobre las políticas de confidencialidad y bajo qué circunstancias, si fuera el caso, se podrá compartir su información sobre los servicios del cuidado del VIH.
3. Solicitar acceso restringido a secciones específicas de su expediente médico.
4. Autorizar o retirar la petición para ver su expediente médico hecha por alguien que no sean sus proveedores de salud o por motivos de facturación.
5. Cuestionar información en su expediente médico y hacer una solicitud por escrito para cambiar información específica que haya sido documentada. Su médico tiene el derecho de aceptar o rechazar su petición con una explicación.

E. Información de facturación y asistencia

1. Recibir información completa y una explicación por adelantado de todos los cobros que puedan realizarse por recibir cuidado, tratamiento y servicios, así como de las políticas de pago de su proveedor.
2. Recibir información sobre cualquier programa que pueda ayudarle a pagar y obtener ayuda para acceder a ellos y cualquier otro beneficio para el que pueda ser elegible.

F. Responsabilidades del paciente o cliente

Para poder ayudar a su proveedor a darle a usted y a otros clientes el cuidado que se merece, usted también tiene la responsabilidad de:

1. Participar en el desarrollo e implementación de su tratamiento individual o plan de servicios en la medida en que sea posible.
2. Proporcionar a sus proveedores, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre su salud y enfermedades actuales y pasadas, medicamentos y otros tratamientos, y servicios que esté recibiendo, ya que todo esto puede afectar su cuidado. Comunicar en el futuro cualquier cambio o novedades que surjan de manera inmediata.
3. Comunicar a su proveedor cualquier cosa que no entienda y cualquier información que se le proporcione.

4. Seguir el plan de tratamiento al que ha accedido o aceptar las consecuencias de no seguir el curso del tratamiento recomendado o de usar otros tratamientos.
5. Mantener las citas y compromisos con esta agencia o informar a la agencia lo antes posible si no puede hacerlo.
6. Mantener a su proveedor o contacto principal informado sobre cómo comunicarse con usted confidencialmente por teléfono, correo u otros medios.
7. Seguir las reglas y regulaciones de la agencia en lo que concierne al cuidado y conducta del paciente o cliente.
8. Ser considerado con sus proveedores y otros clientes o pacientes y tratarlos con el respeto que espera para usted.
9. El uso de palabras altisonantes o lenguaje abusivo u hostil; amenazas, violencia o intimidación; portar armas de cualquier tipo; robo o vandalismo; intoxicación o uso ilegal de drogas y abuso sexual o mala conducta están estrictamente prohibidos.
10. Mantener la confidencialidad de todos los demás que estén recibiendo cuidado o servicios en la agencia al no mencionar nunca a quién ve aquí o y evitando hablar casualmente con otros clientes que no conoce realmente, si llega a verlos en otro lugar.

Para obtener más ayuda o información

Su primer paso para obtener más información o para resolver cualquier queja o reclamación es hablar con su proveedor, con un representante designado del servicio al cliente o con un defensor del paciente o del tratamiento de la agencia. Si esto no resuelve cualquier problema en un tiempo razonable o si surgen preocupaciones serias y siente que necesita hablar con alguien fuera de la agencia, puede llamar al número a continuación para obtener información y ayuda confidencial e independiente.

Para quejas y reclamaciones del cliente llame al (800) 260-8787
de 8:00 de la mañana a 5:00 de la tarde
De lunes a viernes

Acuerdo de Participación en el Programa HOPWA

Debe completarse con la certificación de elegibilidad inicial/annual

Elegibilidad de HOPWA

- Al menos uno de los miembros de su hogar debe vivir con VIH.
- El ingreso bruto anual del hogar no puede superar el 80 % del ingreso medio del área.
- Debe residir en el condado de Los Ángeles.

Derechos y Responsabilidades de las Personas con VIH/SIDA
--

- Recibir atención considerada, respetuosa, profesional, confidencial y oportuna en un entorno seguro y centrado en el cliente, sin prejuicios y de conformidad con las leyes federales, estatales y locales.
- Recibir servicios que sean cultural y lingüísticamente apropiados.
- Recibir información completa y actualizada, en un lenguaje que usted comprenda, sobre sus servicios de vivienda.
- Participar activamente con su(s) proveedor(es) en las conversaciones sobre las opciones y alternativas de vivienda disponibles. Tomar la decisión final sobre cuál opción es la mejor para usted, después de haber recibido toda la información relevante sobre dichas opciones y la recomendación clara de su proveedor.
- Ser informado sobre los términos y expectativas de su vivienda y sobre las posibles consecuencias de negarse a cumplirlos. Rechazar cualquier servicio ofrecido o finalizar su participación en cualquier programa sin que ello implique perjuicio alguno.
- Ser informado y recibir una copia de la política y los procedimientos de quejas de la agencia.
- Que sus registros y comunicaciones sean mantenidos de forma confidencial.
- Colaborar con su proveedor para desarrollar y cumplir con un plan integral de vivienda, con el objetivo final de lograr o mantener una vivienda permanente y sostenible.
- Proporcionar, según su mejor conocimiento, información precisa y completa.
- Informar inmediatamente a su proveedor sobre cualquier cambio en sus ingresos, residencia o composición del hogar.
- Comunicar a su proveedor siempre que no comprenda la información que se le haya proporcionado.
- Seguir el plan individual de vivienda que usted haya acordado o aceptar las consecuencias de no seguir el curso de acción recomendado relacionado con su vivienda.
- Asistir a sus citas y compromisos con esta agencia, o informar oportunamente si no puede hacerlo.
- Mantener informado a su(s) proveedor(es) sobre cómo contactarlo de manera confidencial, ya sea por teléfono, correo u otros medios.
- Ser informado y cumplir con las normas, reglamentos, políticas y procedimientos de la agencia, así como con las consecuencias por negarse a cumplirlos.

Reconocimiento de Participación
--

Por la presente, declaro que he leído y comprendido el Acuerdo de Participación en el Programa HOPWA. Entiendo que mi hogar debe cumplir con los requisitos básicos de elegibilidad para ser considerado para la inscripción en el programa HOPWA. Asimismo, entiendo que ciertos programas pueden tener requisitos adicionales de elegibilidad. Comprendo que la asistencia financiera puede variar de un hogar a otro. Entiendo que los servicios se otorgan en función de las necesidades y dependen de la disponibilidad de fondos, la capacidad de la agencia y el cumplimiento de mi plan de vivienda. Acepto colaborar con mi proveedor para alcanzar mis objetivos de vivienda. Entiendo que el incumplimiento de las responsabilidades mencionadas anteriormente puede resultar en la terminación de los servicios del programa HOPWA.

Nombre del Cliente en letra molde

Firma del/de la cliente

Fecha

Nombre del proveedor

Firma del/de la proveedor

Fecha

Ann Sewill, General Manager
Tricia Keane, Executive Officer

Daniel Huynh, Assistant General Manager
Anna E. Ortega, Assistant General Manager
Luz C. Santiago, Assistant General Manager

City of Los Angeles



Eric Garcetti, Mayor

LOS ANGELES HOUSING DEPARTMENT

1200 West 7th Street, 9th Floor

Los Angeles, CA 90017

Tel: 213.928.9071

housing.lacity.org

HOPWA BITFOCUS CLARITY SYSTEM CONSENT FORM

Yo, _____ (*escriba su nombre completo*), acepto registrarme en el Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (HOPWA) / Sistema Eccovia ClientTrack, que se utiliza para coordinar los servicios financiados por el Programa HOPWA. Durante el registro, se me pedirá proporcionar información personal, incluyendo mi nombre, raza, género, fecha de nacimiento, ingresos y otros datos demográficos. También se me harán preguntas sobre mi estado de VIH, recuento de células CD4, carga viral, salud física y mental general, y mi historial de vivienda.

Autorizo al Departamento de Vivienda de Los Ángeles (LAHD) y a otras agencias financiadas por HOPWA a divulgar/compartir información sobre los servicios que he recibido o solicitado, mi estado de VIH, o mis condiciones físicas, mentales o financieras para fines de informes del programa, monitoreo, análisis estadístico y actividades de investigación. Una lista de las agencias financiadas por HOPWA está disponible a solicitud. Ninguna información que me identifique será divulgada, publicada o utilizada sin mi consentimiento, excepto cuando la ley lo permita. No se compartirá información fuera de la red de agencias financiadas por HOPWA del Condado de Los Ángeles.

Mi registro en el Programa HOPWA / sistema Eccovia no garantiza la obtención de servicios de ninguna agencia. Las listas de espera o los requisitos de elegibilidad pueden excluirme de los servicios en otros Programas HOPWA.

Al firmar este formulario:

- Verifico que resido en el Condado de Los Ángeles.
- Proporcionaré una carta de diagnóstico firmada y fechada por un médico o profesional de la salud certificado que demuestre que soy VIH positivo.
- Proporcionaré mi recuento actual de células CD4 y carga viral al momento de la inscripción y, como mínimo, cada 12 meses.
- Proporcionaré comprobante de ingresos o completaré una declaración jurada de ingresos cero.
- Entiendo que negarme a firmar este formulario de consentimiento o revocar mi consentimiento no me descalifica para recibir ningún servicio para el cual sea elegible.

Al firmar este formulario, reconozco que se me ha ofrecido una copia del mismo y que lo he discutido con el personal indicado a continuación. Entiendo que este formulario se almacenará en mi expediente físico y/o en el sistema Eccovia, y que este consentimiento permanecerá vigente por tres años a partir de la fecha en que firmé este formulario. Soy consciente de que tengo el derecho de revocar el consentimiento en cualquier momento mediante una notificación por escrito enviada a la dirección lahd.bitfocus.clarity@lacity.org.

Firma del/de la cliente

Fecha

Solo para uso de la agencia local de HOPWA (Complete "Administrado por" antes de discutir el formulario de consentimiento con el cliente)

Administered by

Agency Name

Signature

Date

**NOTIFICACION DE GARANTIA
DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO PARA
LOS CLIENTES DE APLA HEALTH**

A nuestros estimados clientes,

El mal uso de la información personal de salud ha sido identificado como un problema nacional. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, supervisores y voluntarios reciben capacitación continua para comprender y cumplir las reglas y reglamentos del gobierno relacionadas con la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud (HIPAA, por sus siglas en ingles) de 1996, con un énfasis particular en la "Regla de Privacidad". Nos esforzamos en alcanzar los estándares éticos y de integridad más elevados para proporcionar servicios a nuestros clientes.

Es nuestra política determinar correctamente el uso apropiado de la información personal de salud de acuerdo con las reglas, leyes y reglamentos del gobierno, excepto en casos donde la ley nos pide divulgar esta información. Esto incluye situaciones donde usted constituya una amenaza para sí mismo (con pensamientos de suicidio u homicidio) o en caso de abuso a un menor o anciano. Como parte de este plan, hemos implementado un programa de cumplimiento que supervisa la prevención de cualquier uso inapropiado de la información personal de salud.

Debido a que creemos que siempre hay espacio para la mejora, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y clientes sin intención de penalizarlos en caso de que sientan que algún evento puede comprometer nuestras políticas de integridad. Agradecemos su opinión en relación a cualquier problema con el servicio para poder remediar la situación de inmediato.

Agente de cumplimiento de HIPPA

Política

APLA Health ha establecido una Declaración de Derechos y Deberes del Cliente para asegurarse de que los clientes sean tratados con respeto y se les proporcionen servicios de la más alta calidad. El procedimiento de quejas ha sido adoptado para que el cliente lo utilice si él o ella siente que alguno de sus derechos, como se definen en la Declaración de Derechos y Deberes del Cliente, fue violado o si él o ella tiene una queja en particular que necesita resolverse.

Procedimientos

1. Si el cliente tiene alguna reclamación sobre un programa o sobre el personal de un programa, el cliente debería intentar resolver el problema con el supervisor o el gerente del programa.
2. Si no se llega a un acuerdo después de hablar con el supervisor o el gerente del programa, entonces el cliente deberá contactar al director de la división.
3. El supervisor, gerente del programa y el director de la división escucharán la información sobre el incidente e intentarán mediar la reclamación.
4. Cualquier reclamación que sea resultado de una disputa sobre un acuerdo de servicio por escrito entre un cliente y el gerente de un programa específico, será examinada por el director de la división para determinar si el acuerdo de servicio fue justo y si el acuerdo fue, de hecho, violado por el cliente.
5. Si el problema no se puede resolver, será turnado al director de la división para su resolución final.
6. Las reclamaciones recibirán una atención inmediata. El personal apropiado hará todo lo posible por abordar y resolver las reclamaciones en diez (10) días laborables.
7. Si usted cree que su reclamación no se ha resuelto, puede contactar a la División de Programas de VIH y ETS de Los Ángeles al 1.800.260.8787.

Al firmar a continuación reconozco haber leído o haber sido informado y haber recibido una copia de las políticas y procedimientos anteriores. También entiendo que APLA Health tiene el derecho de suspender o finalizar los servicios que me ofrece si no firmo y cumplo estas políticas y procedimientos.

Nombre del/de la cliente (letra de molde)

X _____
Firma del/de la cliente

Fecha (MM/DD/AA)

Representante de la agencia (letra de molde)

Puesto

Firma del/de la representante de la agencia

Fecha (MM/DD/AA)

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
DE HIPAA DEL PACIENTE**

La Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 estableció una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información personal de salud esté protegida. La Regla de Privacidad, creada también como un estándar, establece que ciertos proveedores de salud deben obtener el consentimiento del paciente para divulgar su información de salud y así poder llevar a cabo algún tratamiento, pago o funciones de atención médica.

APLA Health quiere que sepa que respetamos la privacidad de su información personal de salud y haremos todo lo posible para asegurar y proteger dicha privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado o necesario, proporcionamos solamente la información mínima imprescindible a aquellas personas que consideramos necesitan su información de salud sobre el tratamiento, pago o funciones de atención médica, y así poder proporcionarle el cuidado de salud que mejor le convenga.

Apoyamos completamente su acceso a su expediente médico personal. Es posible que tengamos relaciones de tratamiento indirectas con usted (tales como con laboratorios que sólo interactúan con los médicos y no los pacientes) y sea necesario compartir información personal de salud por motivos de tratamiento, pago u otras funciones de atención médica. Esto incluye situaciones en las que usted constituya una amenaza para sí mismo (con pensamientos de suicidio u homicidio) o situaciones de abuso a un menor o anciano. Como parte de este plan hemos implementado un Programa de Cumplimiento que supervisa la prevención de cualquier uso inapropiado de su información personal de salud. Estas entidades generalmente no requieren obtener el consentimiento del paciente.

Usted puede denegar el consentimiento del uso o divulgación de su información personal de salud, pero ha de hacerlo por escrito. Bajo esta ley, tenemos el derecho a denegarle tratamiento en caso de que se oponga a la divulgación de su información personal de salud. Si decide dar su consentimiento en este documento, más adelante puede solicitar denegar la divulgación de su información personal de salud parcial o totalmente. No puede revocar acciones que ya se hayan llevado a cabo y que se hayan basado en este u otro consentimiento firmado con anterioridad.

Si tiene algún inconveniente con este formulario, favor de solicitar hablar con un agente cumplimiento de HIPAA. Tiene el derecho de revisar su Notificación de Privacidad (Notificación de garantía de cumplimiento normativo para nuestros clientes), para pedir restricciones y revocar el consentimiento por escrito.

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma

Mi información médica y de salud se considera delicada y privada y se le concede protección bajo la ley. APLA Health hará todos los esfuerzos para que todos los informes de los clientes se mantengan seguros. No obstante, como cliente de APLA Health hay circunstancias que requerirán del intercambio de mi información a través del teléfono, fax, correo y correo electrónico.

Entiendo que APLA Health me representará en estos intercambios y que no se podrá hacer responsable a APLA Health en caso de que alguna persona averigüe que soy cliente de APLA Health.

Firmar este consentimiento para la divulgación de información médica me permite la flexibilidad de determinar qué tipo de información se puede divulgar y bajo qué circunstancias. Adicionalmente, este formulario cumple con las Reglas de Privacidad de HIPAA (Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud)

Yo, _____, por la presente, autorizo a _____

(Nombre del/de la cliente)

(Nombre del médico o grupo médico)

a que proporcione información de mi expediente sin limitaciones en las fechas, enfermedades, historial de enfermedades, diagnósticos o información terapéutica a APLA Health por motivos de verificación de diagnóstico y para proveer o referirme a tratamiento dental o consejería de nutrición. Entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya haya ocurrido.

CONSENTIMIENTO SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, _____, autorizo al personal de AIDS Healthcare Foundation (AHF), APLA Health, Asian Pacific AIDS Intervention Team, Ciudad de Pasadena, Clínica Andrew Escajeda, ALTAMED Health Service Corp, Automated Case Management Systems (ACMS), Being Alive, Children's Hospital, Division of Adolescent Medicine, Bienestar, Cedars Sinai, Central City Clinic, Programa de SIDA de la Ciudad de Long Beach, East Valley Community Health Center, El Proyecto del Barrio, Foothill AIDS Project, Greater Los Angeles Council on Deafness, Harbor/UCLA Medical Center, High Desert Health System, Hubert Humphrey, JWCH Institute, Inc., Kaiser Permanente, LAC-USC (5p21, Maternal Child/Adolescent, EIP, Weingart), L.A. Gay & Lesbian Center, Memorial Miller Children's Hospital, Minority AIDS Project, Northeast Valley Health Corporation, División de Programas de VIH y ETS, Centro Médico Olive View, Pathways, Project Angel Food, South Bay Family Healthcare Center, Spectrum, St. Mary Medical Center CARE Program & Clinics, Tarzana Treatment Center, T.H.E. Clinic, Inc. (To Help Everyone), UCLA Care, Valley Community Clinic, Venice Family Clinic y Watts Healthcare a divulgar, recibir y compartir información en relación a servicios, así como compartir información a través del correo, teléfono, fax o correo electrónico, etc., sobre mis resultados de la prueba del VIH, estatus del VIH, condición física, mental o financiera; o servicios obtenidos en las agencias previamente mencionadas, relacionados con mi necesidad de asistencia actual o futura.

Este consentimiento es válido a partir de la fecha en que sea firmado y puede ser revocado en cualquier momento firmando la declaración de revocación a continuación o informando verbalmente a la agencia que conserva este formulario original. Entiendo que puedo añadir otras agencias específicas y personas a este formulario anotándolos a continuación y firmando.

X _____ / _____ / _____
Firma del/de la cliente Fecha (DD/MM/AA) Consentimiento válido hasta (DD/MM/AA)

Deseo **añadir** a este Consentimiento para Divulgar Información Médica a las personas, agencias y médicos indicados a continuación:

X _____ / _____ / _____
Firma del/de la cliente Fecha (DD/MM/AA)

Deseo **cancelar** este Consentimiento para la Divulgación de Información Médica.

X _____ / _____ / _____ Firma del/de la cliente
Fecha (DD/MM/AA)

FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO DEL MÉDICO

MÉDICOS: Se requiere que un médico acreditado para practicar en California complete este formulario tanto como sea posible. Si no responde a alguna pregunta, asumiremos que no tiene la respuesta a esa pregunta en particular. Envíelo al registro de APPLA Health por FAX (213) 201-1598 o por correo a The David Geffen Center, 611 S. Kingsley Drive, Los Angeles, CA 90005

Nombre del/de la paciente: _____

Fecha de nacimiento _____

Apellido

Nombre

Inicial del
segundo nombre

MM

DD

AAAA

Nº del Seguro social _____ - _____ - _____

Nº de teléfono (____) _____

➔ **DIAGNÓSTICO:** (elijá sólo una)

☐ VIH+ Asintomático (sin síntomas)

☐ SIDA Asintomático (sin síntomas)

☐ VIH+ Sintomático

☐ SIDA Sintomático

• ¿En qué fecha fue diagnosticado(a)? ____ / ____ / ____ Año del primer resultado positivo de VIH _____

• Síntomas que corroboran el diagnóstico:

Infecciones oportunistas que corroboran el diagnóstico:

☐ Diarrea

☐ CD4 < 200/14% Fecha: _____

☐ Fiebre

☐ KS Fecha: _____

☐ Fatiga

☐ PCP Fecha: _____

☐ Otro _____

☐ Otro (incluya la fecha) _____

➔ **SUS ACTUALES SÍNTOMAS O TRATAMIENTO RELACIONADOS CON EL VIH INCLUYEN:**

➔ **DATOS DEL LABORATORIO:**

■ Conteo de las células CD4/porcentaje _____ / _____ % A partir de ____ / ____ / ____

■ Carga viral del VIH _____ A partir de ____ / ____ / ____

➤ Tipo de examen de la carga viral: ☐ PCR ☐ bDNA ☐ NASBA

■ Conteo de neutrófilos _____ células/mm3 A partir de ____ / ____ / ____ (requerido para el cuidado dental)

■ Conteo de plaquetas _____ células/mm3 A partir de ____ / ____ / ____ (requerido para el cuidado dental)

➔ **OTRAS ENFERMEDADES:** ¿Hay otras enfermedades de las que debemos estar enterados? (en caso afirmativo, favor de describirla)

➔ **DENTAL:** ¿Es este paciente médicamente apto para recibir cuidado dental rutinario u otros procedimientos orales? ☐ Sí ☐ No

➔ **COMIDA Y NUTRICIÓN:** ¿Necesita este paciente comida y servicios de nutrición? ☐ Sí ☐ No

➔ **TUBERCULOSIS:** ¿Se le ha hecho a este paciente una evaluación de Tuberculosis? ☐ Sí ☐ No

Fecha del examen cutáneo de TB ____ / ____ / ____

☐ Positivo

☐ Negativo

Fecha de la radiografía torácica ____ / ____ / ____

☐ Positiva

☐ Negativa

El paciente actualmente:

☐ recibe tratamiento preventivo para la tuberculosis

☐ no recibe tratamiento

☐ recibe tratamiento para la tuberculosis activa

☐ no cumple con el tratamiento recomendado

Soy el médico responsable por el cuidado del VIH del paciente mencionado anteriormente. Certifico que la información previa es correcta y está basada en la revisión de las necesidades de tratamiento para el VIH del paciente.

Nombre del médico: _____ Nº de acreditación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Firma: _____ Fecha en que se completó el formulario: ____ / ____ / ____ Teléfono: (____) _____