



Solicitud e instrucciones

Programa de Asistencia para obtener
Medicamentos para el SIDA (ADAP)
Programa de Asistencia de Seguro de Salud

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA
ADMINISTRACIÓN A CARGO DE VIH/SIDA, HEPATITIS, ETS Y TB

899 North Capitol Street, NE
Washington, DC 20002
Teléfono: (202) 671-4900
Fax: (202) 673-4365

Información general

El Departamento de Salud del Distrito de Columbia ofrece los siguientes programas para brindar acceso a servicios de salud (ADAP y el Programa de Asistencia de Seguro de Salud) para los residentes del Distrito de Columbia infectados por el VIH que no tienen seguro o cuyo seguro es insuficiente. Estos programas utilizan el mismo formulario de solicitud y proceso de inscripción.

El Programa de Asistencia para Obtener Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) paga los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA e infecciones oportunistas. Los medicamentos pagados por el ADAP pueden ayudar a prolongar la vida de las personas con VIH/SIDA y a tratar los síntomas de la infección por el VIH. El ADAP puede ayudar a las personas sin seguro, con seguro parcial, con doble elegibilidad (Medicaid, Medicare, Alliance) o que reciben Medicare, Parte D.

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud cubre sus copagos mensuales y los deducibles de los medicamentos listados en el vademécum de medicamentos del ADAP del Distrito de Columbia (DC ADAP) o sus primas de seguro, si satisface los criterios de elegibilidad y está inscrito en un plan de seguro médico por cuenta propia o como parte de un grupo (por ejemplo, si tiene seguro a través de su trabajo).

Programa de Asistencia para Obtener Medicamentos para el SIDA del Distrito de Columbia Declaración de confidencialidad

De conformidad con las leyes del Distrito de Columbia, la información relacionada con el VIH que recibe el DC ADAP se mantiene en la más estricta confidencialidad. Dicha información (es decir, que usted es un participante) puede darse a conocer a aquellas partes que la necesiten para la adecuada administración de los programas. Éstas son individuos y organizaciones con quienes los programas necesitan hablar de su solicitud o participación a fin de determinar la elegibilidad, pagar por los servicios o medicamentos que amparan los programas, o dar debida cuenta de los fondos gastados. El personal del programa está consciente de la confidencialidad y privacidad que requiere el participante, y abordará la información personal sólo según sea estrictamente necesario para la administración de los programas.

Para facilitar la comprensión del tema de la confidencialidad y las condiciones para participar en los programas, se ofrecen los siguientes ejemplos:

- Los programas NO contactarán a sus familiares, amigos, vecinos, empleador, casero ni a ninguna otra persona sin su consentimiento directo, ya sea que estén o no directamente relacionados con su solicitud o participación en los programas.
- Los programas pueden ponerse en contacto con su médico o prestador de servicios de salud para solicitar más información o aclarar la información que exige el Formulario de Elegibilidad Médica.
- Los programas verificarán ante una farmacia o un prestador de servicios de salud que usted está inscrito y pagará por los servicios o medicamentos cubiertos cuando le muestre su carta del programa, con su nombre y número de identificación, a un farmacéutico o prestador de servicios de salud.
- El personal de los programas hablará de la solicitud de las personas en prisión con los empleados de Correccional o Libertad Condicional autorizados, según sea necesario para inscribirse en los programas.

Usted puede notificar a los programas, por escrito, de alguien con quien desee que se pongan en contacto si el personal del programa no consigue localizarlo a usted para obtener más información (es decir, la trabajadora social que esté ayudándolo a solicitar su inscripción en el programa).

El DC ADAP y el Programa de Asistencia de Seguro de Salud es el pagador de último recurso y se pondrá en contacto con su compañía de seguro médico o cualquier otro pagador (o sea, programa de reembolso de medicamentos del fabricante) para reembolsar al ADAP por los medicamentos que le hayan sido proporcionado al amparo de los programas.

Esto es necesario para que el DC ADAP recupere fondos que pueden utilizarse para ampliar los programas a fin de cubrir nuevos servicios o medicamentos y a más personas que viven con el VIH.

Estas condiciones cobran vigencia desde la fecha de su solicitud hasta que su participación en los programas se da por terminada, incluyendo el tiempo necesario para completar cualquier procedimiento de reembolso de terceros por los medicamentos o servicios terapéuticos proporcionados por los programas. Usted puede cancelar su inscripción en los programas por escrito en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al (202) 671-4900.

TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A LOS PROGRAMAS SE MANTIENE EN LA MÁS ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD.

Instrucciones de solicitud

La elegibilidad se basa en la necesidad médica y económica. Junto con una solicitud llena, es necesario presentar documentación de residencia, ingresos y condición como portador del VIH. La última página de la solicitud debe presentarla un médico.

Las solicitudes presentadas con toda la documentación necesaria se tramitan en dos semanas. Las solicitudes incompletas y aquellas que no cuenten con documentación de apoyo atrasarán el recibo de su carta de aprobación de la inscripción e información de importancia vital acerca del programa.

Una vez aprobado, recibirá una carta de aprobación e instrucciones sobre cómo usarla. Usted debe presentar esta carta y su receta en una farmacia participante para recibir los medicamentos cubiertos sin costo alguno.

I. Datos del solicitante

Nombre

Indique su nombre completo, número de Seguro Social y fecha de nacimiento. Si tiene algún otro nombre al cual responda, anótelos en el espacio provisto y díganos qué nombre quiere que aparezca impreso en su carta de certificación/recertificación. Incluya su dirección completa.

Dirección

Se necesita un comprobante de residencia del Distrito de Columbia. La residencia puede documentarse con una copia de UNO de los siguientes documentos (indicando su nombre y dirección):

- Un contrato de arriendo o los pagos de la hipoteca recientes, una escritura, o un acuerdo de liquidación
- Licencia de conducir vigente
- Tarjeta de inscripción en el padrón electoral vigente
- Aviso de Decisión de Medicaid vigente
- Cuenta de combustible o servicios públicos (de los últimos 90 días)
- Cuenta o declaración del impuesto predial (de los últimos 60 días)
- Recibo de pago de alquiler (de los últimos 90 días)
- Recibos de nómina o estado de cuenta bancario con su nombre y dirección (de los últimos 30 días)
- Carta de otra dependencia de gobierno dirigida

al solicitante

- Póliza de seguro de inquilino o propietario activa (vigente)
- Formulario de Comprobación de Residencia en el Distrito de Columbia de Alianza para la Salud del Distrito de Columbia
- De no tener un lugar dónde vivir, por favor proporcione una declaración membretada del centro o asistente social

Si tiene un apartado postal donde recibe el correo, debe incluir información documentando su domicilio físico para comprobar que reside en el Distrito de Columbia.

Si no tiene ninguno de los documentos anteriores a su nombre porque vive con alguien, necesitaremos un comprobante de residencia de esta persona y una carta indicando que usted vive con ella:

Sexo, raza, origen étnico e idioma

Por favor indique su sexo, raza, origen étnico e idioma que prefiere.

Elector registrado para votar en el Distrito de Columbia

El solicitante debe informar si es un elector registrado para votar en el Distrito de Columbia.

II. Situación de vivienda

Miembros del hogar

Indique todos los miembros del hogar. Cualquier persona legalmente responsable de o ante usted es considerada un miembro del hogar. Esto incluye al cónyuge y cualquier hijo menor de 21 años de edad, padre, madre o hermano si usted es menor de 21.

III. Ingresos

Elegibilidad económica

La elegibilidad económica está basada en el 500% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): El FPL varía según el tamaño de la familia y es actualizado todos los años. La elegibilidad económica se calcula en función del ingreso bruto que tiene disponible el hogar.

Fuentes de ingresos

Marque todas las fuentes de ingreso que correspondan para usted y para todos los miembros del hogar. Éstos son sólo los ingresos de los miembros del hogar con quien tenga una relación de responsabilidad legal (por ejemplo, el cónyuge o un hijo, pero no un tío, primo o compañero de apartamento). Para cada fuente, indique el monto bruto, con qué frecuencia que se recibe y si se trata de su ingreso o del de un miembro del hogar.

La comprobación de los ingresos es obligatoria. Proporcione la documentación de los ingresos completa para cada fuente de ingresos indicada.

Para los asalariados

El ingreso debe documentarse con copias de recibos de nómina de los últimos 30 días. El recibo de nómina debe indicar el ingreso acumulado en lo que va del año, las horas trabajadas, todas las deducciones y las fechas que abarca. Si no puede conseguir un recibo de nómina, envíenos una carta notariada de su empleador indicando el sueldo bruto de los últimos 30 días, junto con una copia de su declaración de impuestos más reciente (la carta no necesita ir dirigida a los programas; basta con que diga, “a quien corresponda”).

Personas que trabajan por cuenta propia

Proporcione constancias de negocios de los tres meses previos a la solicitud, indicando el tipo de negocio, el ingreso bruto, el ingreso neto y su declaración de impuestos del año más reciente. También debe incluir una declaración notariada suya del ingreso anual actual proyectado.

Ingreso por concepto de alquiler

El ingreso que reciba por el alquiler de una propiedad puede documentarse con una copia del contrato de arriendo que tenga con sus inquilinos y una copia de su declaración de impuestos más reciente.

Toda otra forma de ingresos

Deberán enviarse copias de cartas de adjudicación de Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSD, por sus siglas en inglés) o seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), cheques de compensación por desempleo, cheques del Seguro Social, cheques de pensión por jubilación, etc. de los últimos 30 días como comprobantes de otras formas de ingreso. Si vive de sus ahorros, por favor proporcione copias de estados de cuenta bancarios, acciones, bonos, planes de jubilación 401(K), cuentas individuales de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), etc.

Sin ingresos, mantenido por alguien más

Si no tiene ningún ingreso y lo mantiene un amigo o familiar, proporcione una carta de dicho amigo o familiar declarando cómo es que lo mantiene.

IV. Cobertura de salud

El solicitante debe incluir una copia del frente y el reverso de todas sus demás tarjetas de cobertura de salud.

Requisitos del Programa de Asistencia de Seguro de Salud

Los solicitantes deben estar inscritos en un plan de seguro que incluya atención para el VIH (la atención para el VIH no puede excluirse como un padecimiento preexistente) y una prestación de medicación integral.

El DC ADAP únicamente pagará la prima del solicitante, no la de ninguno de sus familiares. Ningún pago se hará directamente al solicitante; todos los pagos se harán a la compañía de seguros o al empleador. Si el ADAP está pagando la prima de un solicitante a su empleador (como parte de un plan colectivo), sólo cubrirá la parte del empleado, no la prima entera. Las primas se pagan mensualmente.

Requisitos del programa para los copagos y deducibles de seguros

La cobertura para todos los copagos y deducibles está disponibles exclusivamente para los medicamentos incluidos en el vademécum del DC ADAP. Los solicitantes deben utilizar las farmacias de la Red del Distrito de Columbia para la cobertura de los copagos y los deducibles. Los copagos o los deducibles no pueden exceder las unidades de costo mensual y anual que exige el programa DC ADAP.

Medicaid/Alianza

Indicar su condición como beneficiario de Medicaid o si recibe las prestaciones de Alianza para la Salud del Distrito de Columbia.

Medicare

Indique si recibe Medicare, y de ser por lo tanto, qué tipo(s): A, B, C o D.

COBRA

El Distrito de Columbia cubrirá las primas de COBRA durante todo el término de la póliza haciendo el pago al administrador de COBRA. Los solicitantes no tienen derecho a ningún pago de reembolso de COBRA pagado por cuenta propia, ya que éste no es un uso permisible de los fondos del programa Ryan White, según las leyes que rigen a la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). El DC ADAP exigirá la documentación de COBRA, incluyendo la carta de elegibilidad del empleador para recibir COBRA y los estados de cuenta.

Seguro de salud

Asegúrese de responder todas las preguntas sobre el seguro de salud. Si está teniendo problemas para hacer los pagos de su prima de salud, por favor llame al (202) 671-4900.

V. Información sobre el VIH

Datos del médico

Nombre, número de la DEA, número de licencia, número de Medicaid, número NPI, nombre y dirección del centro u hospital, y número de teléfono del consultorio.

Estadificación de la enfermedad

Documentación de la infección por VIH, incluyendo los conteos de CD4, la carga viral, hepatitis C y la fecha de diagnóstico.

Historial de la enfermedad

Documentación de otras infecciones, tratamientos antirretrovirales, profilaxis para la neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC) y vacunas

Persona(s) de contacto alternativas y firma

Para que el personal del programa hable a su nombre con otra persona acerca de su solicitud, debe indicarla. Por favor, lea la declaración de confidencialidad que describe con quién podemos ponernos en contacto con respecto a su solicitud e inscripción.

Lea detenidamente la declaración de certificación, y luego firme y feche la solicitud.

Problemas o preguntas

Si tiene algún problema para llenar la solicitud o alguna pregunta sobre el programa DC ADAP o cualquiera de los documentos requeridos, por favor solicite ayuda llamando al (202) 671-4900.

No podemos tramitar una solicitud sin firmar. Saque y conserve copias de la solicitud y de toda la documentación como constancia.

Gobierno del Distrito de Columbia
Departamento de Salud



LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DEL ADAP

Por favor utilice esta lista como una herramienta para verificar que todos los aspectos de la solicitud del ADAP hayan sido finalizados antes de determinar la elegibilidad del solicitante. Marque **sí** o **no** si el paquete de solicitud no incluye los aspectos. Si respondió que no a cualquiera de los siguientes aspectos, la solicitud está incompleta. Todas las solicitudes del ADAP deben llenarse en un plazo de 14 días para su trámite para determinar la elegibilidad.

Sección I: Datos del solicitante			Propietario	Fecha de finalización	SÍ	NO
<i>(Nombre, dirección, datos de contacto, Seguro Social, origen étnico, asistente social y centro)</i>						
Sección II: El hogar			Propietario	Fecha de finalización		
<i>(Miembros del hogar con los que vive)</i>						
Sección III: Ingresos			Propietario	Fecha de finalización		
<i>(Ingresos (salario, fuente de ingresos, prestaciones del Seguro Social/por desempleo, cartera de inversiones)</i>						
Sección IV: Cobertura de salud			Propietario	Fecha de finalización		
<i>(Medicaid, Medicare, información de seguro de salud privado, declaraciones de certificación)</i>						
Sección V: Datos sobre el VIH			Propietario	Fecha de finalización		
<i>(Para que lo llene un médico)</i>						
Documentación					SÍ	NO
Copia de la tarjeta de seguro			Propietario	Fecha de finalización		
<i>(Medicare Parte D, COBRA, Bolsa de Seguros Médicos/seguro de la ley ACA)</i>						
Comprobante de domicilio			Propietario	Fecha de finalización		
<i>(Cuenta de servicios públicos, estado de cuenta bancario, identificación de gobierno o carta oficial del gobierno. Si no tiene un lugar de residencia, la persona debe incluir una carta y una cuenta de servicios públicos de la persona con la que esté viviendo)</i>						
Comprobante de ingresos/Documentación del trabajo			Propietario	Fecha de finalización		
<i>(Constancia de discapacidad, constancia de jubilación, recibo de nómina, carta del empleador)</i>						

Para uso exclusivo de la oficina:
 Programa _____
 Grupo _____
 Código de ubicación _____
 Fecha de determinación de la elegibilidad ____/____/____

SECCIÓN I: DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido(s)		Nombre		Inicial 2º nombre	Otro(s) nombre(s):	Fecha de nacimiento	/ /
Dirección <i>(Comprobante de residencia requerido)</i>				Núm. de apartamento/unidad			
Ciudad		Estado		Código postal	Dirección postal:		
Núm. de Seguro Social	¿Puede enviarse información sobre el programa a la dirección indicada? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Teléfono	Dirección de correo electrónico						
Asistente social:	Centro:	Teléfono:		Fax:			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (masculino a femenino) <input type="checkbox"/> Transgénero (femenino a masculino)						
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena americano/de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Otra _____						
Si es asiático, <input type="checkbox"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático							
Si es nativo de Hawái o de las islas del Pacífico, <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guanameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____							
Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano							
Si es hispano o latino <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicoamericano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> De otro origen hispano							
Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____							
¿Está usted embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> No sabe							
¿Es usted un veterano de guerra (opcional)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Es un elector registrado para votar en el Distrito de Columbia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/> Viudo							

SECCIÓN II: HOGAR

Vive solo Vive con otros (indique a continuación) Desamparado o en un albergue Puesto en libertad de la penitenciaría

Nombre del miembro del hogar Sexo Fecha de nacimiento Relación Vive con usted

1. _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN III: INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS *(necesita comprobantes de ingresos del solicitantes y del hogar)*

Fuente de ingresos (marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Salario o sueldo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Asistencia social	<input type="checkbox"/> Prestaciones como veterano de guerra	<input type="checkbox"/> Sin ingreso, otros lo mantienen
<input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Sin ingreso, vive de sus ahorros
<input type="checkbox"/> Compensación por incapacidad	<input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler	<input type="checkbox"/> Pensión de jubilación	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia o manutención infantil
<input type="checkbox"/> Intereses/certificados de depósito/acciones/bonos	<input type="checkbox"/> Dividendos/regalías	<input type="checkbox"/> Otra	

Para todo lo señalado, por favor indique:

Fuente de ingreso	Monto bruto	Frecuencia	Beneficiario	Fecha de Inicio
1. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Miembro del hogar	___/___/___
2. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Miembro del hogar	___/___/___
3. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Miembro del hogar	___/___/___

SECCIÓN IV: COBERTURA DE SALUD

¿Tienen otra cobertura de salud? (póliza privada, HMO, Alianza, COBRA, IHS, VA, Tricare, otro) Sí No

(Especifique aquí el tipo de seguro)

¿Paga primas de seguro de salud? Sí No

Si contesta Sí a cualquiera de estas dos preguntas, ¿de cuánto son los pagos? \$ _____ ¿Con qué frecuencia hace los pagos? _____

Si respondió No a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿ofrece su trabajo o empleador seguro médico? Sí No

¿Está procurando recibir ayuda con los gastos de su bolsillo? De responder Sí, por favor

marque todas las opciones que correspondan.

Primas Copagos Deducibles

¿Desea ser considerado para recibir el pago de su seguro COBRA u otras primas? Sí No

Si tiene seguro de salud, envíe una copia del frente y el reverso de sus tarjetas y llene lo siguiente:

Nombre de la compañía de seguro: _____ Fecha de vigencia de la póliza: ____/____/____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Medicaid

¿Solicitó inscribirse? Sí No

De responder Sí, ¿cuál fue la decisión? Pendiente Medicaid aprobado _____

Denegado por el siguiente motivo: _____

Medicare

¿Tiene Medicare? Sí No

De responder Sí, ¿de qué tipo(s)? A - Hospitalización B - Atención primaria C - Plan Advantage de Medicare D - Medicamentos de prescripción médica

¿Paga primas de Medicare, Parte D? Sí No

¿Recibe "ayuda adicional" para las primas de Medicare, Parte D? Sí No

Los solicitantes que pidan ayuda con los deducibles o los copagos de las primas, por favor envíen facturas recientes.

Persona(s) de contacto alternativas y firma

Al firmar esta solicitud, autorizo a los Programas de Atención para las Personas Sin Seguro a hablar con la(s) persona(s) siguiente(s) sobre mi solicitud (como un trabajador social, un asistente social o un familiar):

Nombre

Organización

Relación

Teléfono

Declaración de certificación

Certifico que toda la información contenida en esta solicitud es veraz y correcta, y que soy un residente del Distrito de Columbia. Entiendo lo siguiente: esta información se proporciona en relación con la percepción de fondos federales por parte del Distrito de Columbia. Los directivos del programa verificarán la información contenida en este formulario. Los directivos del programa pueden verificar de manera periódica mi condición como beneficiario de Medicaid, y cobrarle a éste la cuenta según sea necesario. Si de manera deliberada falseo información en esta solicitud, pueda que se me obligue a pagar las prestaciones recibidas, y que se me enjuicie conforme a leyes estatales y federales correspondientes. Por la presente, solicito beneficios al amparo de los Programas de Atención para las Personas Sin Seguro y doy mi consentimiento para que mi información se utilice y divulgue según sea necesario para propósitos de mi tratamiento, para el pago de servicios de salud y primas médicas, y para las operaciones de atención de salud del programa.

Firme y fecha este formulario:

Firma del solicitante (o tutor legal si el solicitante es menor de edad)

Fecha

SECCIÓN V: Datos sobre el VIH (para que lo llene un profesional médico)**DATOS DEL MÉDICO y VERIFICACIÓN** (por favor escriba a máquina o a mano)

Nº de la DEA _____

Nombre _____

Nº de licencia de DC _____

Hospital o centro _____

Nº de Medicaid _____

Dirección _____

Nº de NPI _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Número de teléfono de la oficina (_____) _____ Ext. _____

ESTADIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

1.) ¿Está el solicitante infectado con el VIH? [] Sí [] No Año de la primera prueba que dio positivo _____

2.) ¿Cuál es el conteo de CD4+ (T₄) más reciente de este solicitante? _____/mm³ Fecha de la prueba ____/____/____3.) ¿Cuál es el conteo de CD4+ (T₄) más bajo? _____/mm³ Fecha de la prueba ____/____/____

4.) Carga viral (valor absoluto) _____ Fecha de la prueba ____/____/____

POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE DEL INFORME DE LABORATORIO (CD4+ o carga viral)

5.) ¿Está el solicitante infectado con Hepatitis C (VHC)? [] Sí [] No Fecha de diagnóstico ____/____/____

HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD

1.) El solicitante padece ahora o ha padecido:

[] Neoplasias malignas

[] Complejo de demencia

[] Complejo Mycobacterium avium

[] Síndrome consuntivo

[] Sífilis

[] Neumonía por Pneumocystis carinii

[] Hepatitis: [] A [] B [] C [] E

2.) Tuberculosis: [] Sin indicios de TB [] Se desconoce

Indicios de TB **y está:**

[] Activo, recibiendo tratamiento

[] Activo, sin tratamiento

[] Activo, tratamiento desconocido

o

Indicios de TB, **pero está:**

[] Inactivo, profilaxis

[] Inactivo, sin profilaxis

[] Inactivo, tratada

3.) ¿Se ha recomendado un tratamiento antirretroviral? [] Sí [] No

4.) ¿Se ha recomendado profilaxis de NCP? [] Sí [] No

5.) Ha recibido el solicitante estas vacunas:

Gripe o influenza

[] Sí [] No

Vacuna contra la hepatitis B

[] Sí [] No

Neumonía

[] Sí [] No

Constancia del médico:

Doy constancia de que la información contenida en esta solicitud es veraz a mi leal saber y entender.

Firma del médico _____

(DEBE SER LA FIRMA, NO EL NOMBRE)**(FECHA)**

Por favor conserve copias de todos los documentos. Llene la solicitud en su totalidad. La presentación de una solicitud incompleta demorará su trámite.