



Desert AIDS Project
AT THE GREENBURG-PEET CAMPUS

PAQUETE DE INFORMACION DE REGISTRO

Por favor llene **toda** la información antes de su cita.

Si usted se acaba de mover a esta área y está tomando medicamentos, por favor hable con su proveedor de seguro medico y pida por lo menos tres meses de medicamento. Es posible que el traslado de su seguro a nuestra agencia tome tiempo. Nuestro requisito es que usted esté viviendo en esta área por lo menos 30 días antes de que pueda ser cliente de nuestra agencia.

Gracias!

Taller de Ingreso de DAP

Tiene que comunicarse con **Rafael Gonzalez Jr.** al 760-323-2118 x703 o por medio de correo electrónico a rgonzalez@desertaidsproject.org para hacer su cita de ingreso

DOCUMENTOS REQUERIDOS (CON SU PAQUETE DE REGISTRO) NESESARIOS PARA ASISTIR AL TALLER SON LOS SIGUIENTES:

- ¿QUIEN ES USTED?** Una identificación con foto

- COMPROVANTE DE VIVIENDA:** Comprobante que usted vive en los condados de Riverside o San Bernardino indicando **por lo menos 30 días.**

2 de los siguientes indicando su Nombre y Dirección actual

- Cuenta de utilidades al corriente de 30 días
- Contrato de vivienda indicando por lo menos 30 días
- Licencia de California/Identificación de California indicando su dirección actual
- Tarjeta de su Registro de Votación
- Carta de la persona con quien usted está viviendo

- COMPROVANTE DE VIH:**
 - Forma o carta de diagnóstico por medio de su doctor, asistente de doctor, o enfermera de práctica indicando que usted es VIH positivo
 - O**
 - Un resultado de VIH positivo del laboratorio que incluye el nombre del individuo

- ¿CUAL ES SU INGRESO?**
Copia de cualquier uno o más de los siguientes:

- 3 talones de cheques más recientes o
- 3 meses de su extracto de cuenta de bancaria más recientes o
- Carta del Seguro Social indicando sus ingresos o
- Carta de aprobación de MISP/CMSP/Medí-Cal o
- Carta de alguna otra asistencia gubernamental o
- Carta de sostenimiento de un familiar o amigo

Si piensa ser paciente de La Clínica de Salude de DAP es necesario que probé comprobante de su aseguranza

¿Alguna vez ha sido cliente del DAP? _____ Fecha de registro hoy: _____

Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo Nombre

Alias Apodo preferido (si aplicable) Fecha de Nacimiento del Cliente

Dirección Ciudad Condado Estado Código postal

¿Cuánto tiempo tiene vivido en su dirección actual? _____

Si renta o está comprando

¿Tiene contrato de renta firmada título, o recibo de impuesto? [] Si [] No

Dirección donde recibe correspondencia Ciudad Condado Estado Código postal

Dirección Anterior Ciudad Condado Estado Código postal

Le podremos mandar correo? [] S [] N Sera el correo confidencial? [] S [] N

Teléfono: _____ ¿Podemos Llamar? [] S [] N
¿Confidencial? [] S [] N
¿Mensajes? [] S [] N

Teléfono de Trabajo: _____ ¿Podemos Llamar? [] S [] N
¿Confidencial? [] S [] N
¿Mensajes? [] S [] N

Correo Electrónico: _____ ¿Mensajes Electrónicos? [] S [] N

Sexo: [] M [] F [] F/M [] M/F Veterano EE.UU.: [] S [] N

Hispano/Latino: [] S [] N Raza: _____

Estado civil: [] Individual [] Casado [] Divorciado [] Parejas domesticas
[] La convivencia [] Viudo/a

Seguro Social: _____/_____/_____

Firma

Fecha

Idioma Primario: _____

Apellido materno: _____

SITUACIÓN DE VIVIENDA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Destituidos | <input type="checkbox"/> Viviendo con familia/Amigos |
| <input type="checkbox"/> Destituido en albergues de Emergencia | <input type="checkbox"/> Renta |
| <input type="checkbox"/> Vivienda Transitoria | <input type="checkbox"/> Dueño de Casa |
| <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Aborde y el Cuidado/Vivir Ayudado |
| <input type="checkbox"/> Casa de Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Renta un Cuarto |
| <input type="checkbox"/> Hospital o Centro de Salud | <input type="checkbox"/> Resigno contestar |
| <input type="checkbox"/> Cárcel | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Situación de Violencia Domestica | <input type="checkbox"/> No se |

Aseguranza: apunta que tipo de aseguranza tiene o marque si no tiene

- _____ Ninguna

FUENTE DE CUIDADO PRIMORDIAL DE MEDICO DEL VIH:

¿Donde a estado recibiendo su cuido primordial/VIH medico en los últimos 12 meses?

Nombre: _____ Teléfono: _____ Ultima
Visita: _____

ETAPA DE ENFERMEDAD:

Año del Primer diagnostico de VIH +: _____

Estado: _____ Condado: _____ Fuente: _____

Consejería preliminar: Si No Consejería después de la prueba: Si No

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

FACTORES DE RIESGO:

- Sexo con un hombre
- Sexo con una mujer
- Inyecciones por uso de drogas
- Recibió coágulos por Hemofilia/el Desorden de la Coagulación
- Recibió una transfusión de sangre, trasplante, o inseminación artificial
- Trabajando en una clínica o laboratorio
- Madre está infectada con VIH / Transmisión perinatal
- Abuso Sexual (Solamente Pediátrica)
- Otro
- No se

EL FACTOR DE RIESGO DE LA PAREJA, EL CONTACTO HETEROSEXUAL SÓLAMENTE:

- Drogadicto de intravenoso/inyección
- Hombre Bisexual
- Persona con SIDA o VIH
- Otro (persona con Hemofilia, transfusión, o trasplante documentado con VIH)
- No se

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono #1: (____) _____

Teléfono #2: (____) _____

Relación a usted: _____

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

HISTORIAL DE SU CUIDADO DE VIH / SIDA:

Le diagnosticaron VIH durante este último año?

Sí No No se

¿Su doctor del VIH ha ordenado análisis de sangre?

Sí No No se

Si contesto si, ¿ha hecho sus análisis de sangre en este año?

Sí No No se

Se le diagnostico por primera vez el VIH con un proveedor de servicios médicos fuera de los condados de San Bernardino o Riverside?

Sí No No se

Si contesto si, ¿ha recibido atención medica específica para el VIH o servicios sociales en los condados de Riverside o San Bernardino?

Sí No No se

¿Alguna vez ha recibido servicios financieros a través de Ryan White?

Sí No No se

¿Alguna vez ha sido cliente del DAP?

Sí No No se

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Date Entry: _____ **initials**