

INFORMACIÓN GENERAL

Apellido		Nombre			Inicial Media	
Apodo preferido (si es aplicable)		Apellido Materno			Fecha de Nacimiento	
Dirección		Ciudad	Condado	Estado	Código Postal	
¿Cuánto tiempo lleva en esta dirección?		# Seguridad Social				
Situación de Vivienda (Marque uno)	Tratamiento para Adicciones Sin Hogar Casa Propia Alquiler		Amigos / Familia Vivienda de Transición		Describa su situación de vida	Estable Temporal Inestable
¿Cuál era su dirección anterior?						
¿Ha sido usted cliente de D.A.P. antes?		S	N			

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN Y INFORMACIÓN DEMOGARPHIC

# de Teléfono				Tipo de Teléfono		Casa	Móvil	Trabajo				
¿Podemos comunicarnos con usted por correo?		S	N	En caso de que si, por favor proporcione su dirección de correo abajo								
Dirección o caja de Oficina Postal			Ciudad			Estado	Código Postal					
Dirección de Email para inscribirse en D.A.P.'s Patient Portal												
CONTACTO DE EMERGENCIA			Relación		Teléfono							
¿Es Veterano de EE.UU.?		S	N	Sexo al Nacer	M	F	Me Identifico como		M	F	M/F	F/M
Orientación sexual		Gay/Lesbian	Heterosexual	Bisexual	Algo otra cosa	Yo prefiero no revelar						
Otro identidad de género		El	ELLA	ELLOS	No Contestar							
Estado Civil (marque uno)		Cohabitación	Divorciado/a	Compañero Doméstico/a	Casado/a							
Raza (Marque uno)		Afroamericano/a	Nativo Americanos / Nativos de Alaska			Asiático/a						
		Caucásico/a	Nativo de Hawai / Isleño del Pacífico									
¿Latino?	S	N	SI? Origen Nacional		C. Americano	Chino/a	Cubano/a	Filipino/a	Coreano/a			
		Malasio/a	Mexicano/a	Puertorriqueño/a	S. Americano/a							
Primer idioma						¿Necesita un intérprete?		S	N			
¿Discapacidad Auditiva?		S	N	Otras Necesidades Especiales		S	N	Sí?, Cuáles?				
Para los propósitos de FQHC preguntamos:			# de Familia en la casa				Ingresos Mensuales		\$			
Nombre del doctor					# de Teléfono							
Seguro Primario					ID#							
Seguro Secundario					ID#							
¿Como supiste de nosotros?												
Cetifico que soy una persona que vive con el VIH/SIDA				SI	NO	Si responde No, por favor para aquí. Si responde Si, por favor complete la siguiente página						

Su Firma
Fecha

HISTORIA DE SALUD de VIH (si es aplicable)

¿Fue diagnosticado con VIH en los últimos 12 meses?		S	N	Fecha de su Prueba del VIH +		
Ciudad, Estado de su prueba del VIH +						
¿Recibió consejería pre-prueba?	S	N	¿Recibió consejería post-prueba?	S	N	
¿Cuál fue el origen de su prueba del VIH? (Marque uno)	Centro Médico		Evento de Prueba del VIH			
	Hospital		Prueba de Autodiagnóstico			
¿Ha tenido exámenes de laboratorio del VIH requeridos por un médico?	S	N	Si es <u>Sí</u> , la fecha más reciente			
¿Ha recibido la atención del VIH en los Condados de Riverside / San Bernardino anteriormente?					S	N
Si responde Si, ¿dónde?						
¿Ha recibido los servicios financiados por Ryan White antes?	S	N	Si responde <u>Sí</u> , ¿dónde?			

EXPOSICIÓN de VIH

Antes del Diagnóstico de VIH +, ¿cuál de estos factores estaban o están presentes? (Marque con un círculo todo lo que corresponda)		
Sexo con Hombres	Sexo con Mujeres	Inyección de drogas no prescritas
Factores de coagulación para la hemofilia		Trabajo en cuidados de salud / Laboratorio
Transfusión, Trasplante, Inseminación Artificial		Trastorno de Coagulación
Transmisión Prenatal		Abuso sexual
Solamente por Contacto Heterosexual - ¿Cómo fue expuesto al VIH? (Marque con un círculo todo lo que corresponda)		
Hombre Bisexual	Persona con diagnóstico confirmado de VIH / SIDA	Usuarios de Drogas Intravenosas

Su Firma

Fecha

Para acceder a los Servicios Sociales y Servicios Médicos

LISTA DE DOCUMENTOS NECESARIOS PARA INSCRIPCIÓN

DOUCMENTATION REQUERIDA PARA ELEGIBILIDAD	<input type="checkbox"/>	TIPO DE DOCUMENTOS QUE SE ACEPTAN
IDENTIFICACIÓN <i>(provea al menos uno)</i>	<input type="checkbox"/>	Identificación con foto vigente
	<input type="checkbox"/>	Licencia de Conducir vigente
	<input type="checkbox"/>	Pasaporte vigente
PRUEBA DE RESIDENCIA – Prueba de residencia del Condado Riverside o San Bernardino durante un mínimo de 30 días <i>(provea al menos dos)</i>	<input type="checkbox"/>	Factura de Servicios Públicos (por lo menos de 30 días)
	<input type="checkbox"/>	Recibo de Alquiler / Contrato de Alquiler
	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Votante / Tarjeta de DMV
	<input type="checkbox"/>	Declaración de Residencia Firmada por el Co-habitante
PRUEBA DE DIAGNÓSTICO del VIH <i>(provea al menos uno)</i>	<input type="checkbox"/>	Carta de Diagnóstico de VIH Firmada por MD, PA, NP
	<input type="checkbox"/>	Informe de laboratorio con Nombre del Individuo indicando confirmación del diagnóstico de VIH
PRUEBA DE INGRESOS <i>(provea al menos uno)</i>	<input type="checkbox"/>	3 comprobantes de Pago Corriente
	<input type="checkbox"/>	3 Meses de Cuentas de Banco con Depósitos Directos de sus ingresos
	<input type="checkbox"/>	Carta de Declaración de Ingresos de SSA, SSI o SSDI
	<input type="checkbox"/>	Carta de Otras Ayudas Gubernamentales
	<input type="checkbox"/>	Declaración firmada de la persona que le mantiene o ayuda
PRUEBA DE Seguro Médico	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Seguro(s) Médico y/o Dental

Para acceder Servicios Médicos Solamente

LISTA DE DOCUMENTOS NECESARIOS PARA INSCRIPCIÓN

DOUCMENTATION REQUERIDA PARA ELEGIBILIDAD	<input type="checkbox"/>	TIPOS DE DOCUMENTSO QUE SE ACEPTAN
IDENTIFICACIÓN <i>(provee al menos una)</i>	<input type="checkbox"/>	Identificación con foto vigente
	<input type="checkbox"/>	Licencia de Conducir vigente
	<input type="checkbox"/>	Pasaporte Vigente
PRUEBA DE DIAGNÓSTICO de VIH <i>(provea al menos uno)</i>	<input type="checkbox"/>	Carta de Diagnóstico de VIH Firmada por MD, PA, NP
	<input type="checkbox"/>	Informe de laboratorio con nombre del individuo indicando confirmación del diagnóstico del VIH
PRUEBA DE INGRESOS <i>(provea al menos uno)</i>	<input type="checkbox"/>	3 Talones de Pago Corriente
	<input type="checkbox"/>	3 Meses de Cuentas de Banco con Depósito Directo de sus ingresos
	<input type="checkbox"/>	Carta de Declaración de ingresos de SSA, SSI o SSDI
	<input type="checkbox"/>	Carta de Otras Ayudas Gubernamentales
	<input type="checkbox"/>	Declaración firmada de la persona que le mantiene o ayuda
PRUEBA DE Seguro Médico	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Seguro(s) Médico y/o Dental