



HISTORIA DE SALUD de VIH

¿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 Hospital	Evento de Prueba del VIH Prueba de Autodiagnóstico	
¿Ha tenido exámenes de laboratorio del VIH requeridos por un médico?	S N	Si es <u>S</u> , la fecha más reciente	
¿Ha recibido la atención del VIH en los Condados de Riverside / San Bernardino anteriormente?	S N	Si responde <u>S</u> , ¿dónde?	
¿Ha recibido los servicios financiados por Ryan White antes?	S N	Si responde <u>S</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	Trabajo en cuidados de salud / Laboratorio
Factores de coagulación para la hemofilia		Trastorno de Coagulación	
Transfusión, Trasplante, Inseminación Artificial		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	✓	TIPO DE DOCUMENTOS QUE SE ACEPTAN
IDENTIFICACIÓN (<i>propvea al menos uno</i>)		Identificación con foto vigente
		Licencia de Conducir vigente
		Pasaporte vigente
PRUEBA DE RESIDENCIA – Prueba de residencia del Condado Riverside o San Bernardino durante un mínimo de 30 días (<i>propvea al menos dos</i>)		Factura de Servicios Públicos (por lo menos de 30 días)
		Recibo de Alquiler / Contrato de Alquiler
		Tarjeta de Votante / Tarjeta de DMV
		Declaración de Residencia Firmada por el Co-habitante
PRUEBA DE DIAGNÓSTICO del VIH (<i>propvea al menos uno</i>)		Carta de Diagnóstico de VIH Firmada por MD, PA, NP
		Informe de laboratorio con Nombre del Individuo indicando confirmación del diagnóstico de VIH
PRUEBA DE INGRESOS (<i>propvea al menos uno</i>)		3 comprobantes de Pago Corriente
		3 Meses de Cuentas de Banco con Depósitos Directos de sus ingresos
		Carta de Declaración de Ingresos de SSA, SSI o SSDI
		Carta de Otras Ayudas Gubernamentales
		Declaración firmada de la persona que le mantiene o ayuda
PRUEBA DE Seguro Médico		Tarjeta de Seguro(s) Médico y/o Dental

Para acceder Servicios Médicos Solamente

LISTA DE DOCUMENTOS NECESARIOS PARA INSCRIPCIÓN

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