

**Condado de Maricopa
Ryan White Part A
Clientes Nuevos – Información Personal**

Fecha: _____

Agencia: _____

Nombre: _____

Domicilio de Elegibilidad: _____ Ciudad/Edo./Zona Postal: _____

Condado de Elegibilidad: Maricopa Pinal Fecha de Nacimiento: _____ Género: M / F Otro: _____

Raza/Etnicidad: Marque todo lo que aplique

<input type="checkbox"/> Hispano		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otra Raza:
<input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii / Islas del Pacífico

Factores que Contribuyen al Riesgo de Contraer el IVH: Marque todo lo que aplique

<input type="checkbox"/> Hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres	<input type="checkbox"/> Contacto heterosexual	<input type="checkbox"/> Recibir transfusiones de sangre, de componentes de sangre o de tejido
<input type="checkbox"/> Uso de drogas inyectadas	<input type="checkbox"/> Transmisión Perinatal	<input type="checkbox"/> Otros factores:
<input type="checkbox"/> Hemofilia/trastornos de coagulación de la sangre		

Diagnóstico Relacionado al IVH:

Diagnóstico	Fecha – Primer Diagnóstico	Estado del Diagnóstico
<input type="checkbox"/> IVH+		<input type="checkbox"/> En Arizona <input type="checkbox"/> Otro Estado
<input type="checkbox"/> Sida		<input type="checkbox"/> En Arizona <input type="checkbox"/> Otro Estado
<input type="checkbox"/> IVH- /Afectado/No determinado		<input type="checkbox"/> En Arizona <input type="checkbox"/> Otro Estado
<input type="checkbox"/> Nunca ha tenido la prueba		

Condición del Tratamiento Relacionado al IVH:

Médico de Cuidado Primario: _____ Fecha de la última visita: _____

Medicamentos Actuales: _____

Cuadro Clínico	Fecha de la Prueba	Resultados
Conteo CD4		
Carga Viral		

Fuente Principal del Seguro Médico:

<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid (AHCCCS)
<input type="checkbox"/> Otro Seguro Público	<input type="checkbox"/> No Tengo Seguro	<input type="checkbox"/> Otro:

Recibo el Tratamiento Primario Para el IVH en:

<input type="checkbox"/> Una clínica pública	<input type="checkbox"/> Médico Particular	<input type="checkbox"/> Centro Pacientes Externos
<input type="checkbox"/> En la Sala de Urgencias	<input type="checkbox"/> No Tengo	<input type="checkbox"/> Otro:

Vivienda/Dónde Vivo:

<input type="checkbox"/> Vivienda Permanente	<input type="checkbox"/> Institución
<input type="checkbox"/> Vivienda no-permanente	<input type="checkbox"/> Otra

Información Sobre la Familia:

Número de Personas en la Familia: _____	Ingreso Anual de la familia: _____
---	------------------------------------

¿Dónde Podemos Comunicarnos con Usted?:

Recibo el Correo en: (Si es diferente al domicilio de arriba): _____

Ciudad/Edo./Zona Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Números de Teléfono en Caso de Emergencia: _____