

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA (EIP)
INFORMACIÓN SOBRE ESTADO DE SALUD Y VIH**

INFORMACIÓN SOBRE ESTADO DE SALUD Y VIH

El EIP debe confirmar su estado de salud y VIH a fin de procesar su solicitud. Si se mudó recientemente al estado de Washington, ¿le gustaría que intentáramos obtener esta información en su estado de residencia anterior para verificar el VIH?

De ser así, por favor indíquenos el estado en el que vivía antes: _____

De lo contrario, su proveedor de atención médica debe llenar la parte final de esta sección.

Por favor indique si ha resultado positivo para la hepatitis C: Sí No

En caso afirmativo, ¿le gustaría obtener información acerca de medicamentos que pueden curar la hepatitis C?

Sí No

Por favor envíenos este formulario con esta solicitud o pídala a su proveedor de atención a la salud que envíe directamente por correo o por fax. Puede llamarnos al (877) 376-9316 si tiene preguntas sobre este formulario.

Sección para el cliente - Debe ser completada por el cliente

Nombre legal completo _____ Fecha de nacimiento _____
(mm/dd/aaaa)

Firma del Solicitante o Tutor Legal (**No dejar en blanco**) _____ Fecha de hoy (mm/dd/aaaa) (**No dejar en blanco**) _____

Autorizo a mi proveedor de atención a la salud a divulgar la información contenida en este formulario al Departamento de Salud del Estado de Washington

Sección de Proveedor de Atención a la Salud – A ser completada por el Proveedor de Atención a la Salud

Por favor responda las siguientes preguntas sobre el paciente:

VIH positivo (confirmado por laboratorio) Sí No Fecha de la prueba: _____
¿Se ha recetado terapia antirretroviral (antirretroviral therapy, ART)? Sí No Si responde que sí, Fecha de la prescripción: _____

Firma del proveedor de atención médica. Al firmar a continuación usted:

- Declara que es el proveedor de atención a la salud del paciente arriba mencionado.
- Confirma que tiene evidencia de la condición de VIH del paciente.
- Certifica que la información en este formulario es precisa y completa a su leal saber y entender.

Firma del Proveedor de Atención Médica (**No dejar en blanco**) _____ Fecha de hoy (mm/dd/aaaa) (**No dejar en blanco**) _____

Proveedor de atención médica (nombre en letra de imprenta por favor)