

**"Confidencial: este formulario se debe guardar siempre en una red segura a la que sólo tenga acceso el personal pagado por el programa Ryan White"**

<input type="checkbox"/> Ingreso	<input type="checkbox"/> Actualización anual	Número de Seguro Social	Edad	Fecha de nacimiento
Fecha: / /		- -		/ /

**Información personal**

Apellido legal	Primer nombre legal	Inicial del segundo nombre	Otros nombres usados

Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	¿Enviar correspondencia?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Dirección postal, si es diferente	Ciudad	Estado	Código postal	¿Enviar correspondencia?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nº de teléfono de la casa	¿Se puede dejar mensajes?	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transexual (H → M) <input type="checkbox"/> Transexual (M → H) <b>Etnia</b> <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No hispano / Latino <b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Blanco / Caucásico <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro
- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nº de teléfono celular	¿Se puede dejar mensajes?	
- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nº de teléfono para mensajes	¿Se puede dejar mensajes?	
- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección de correo electrónico	¿Se puede dejar mensajes?	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Seguro médico de salud**

<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Otro público	<input type="checkbox"/> Sin seguro
Compañía _____	<input type="checkbox"/> Parte A	<input type="checkbox"/> OHP Estándar	<input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos	<b>Comentarios</b>
ID Nº _____	<input type="checkbox"/> Parte B	<input type="checkbox"/> OHP Plus	Nº _____	
OMIP Nº _____	<input type="checkbox"/> Parte D _____	<input type="checkbox"/> OHP tarjeta abierta	<input type="checkbox"/> CHAMPUS	
COBRA (fecha de vencimiento) _____	<input type="checkbox"/> Subsidio por bajos ingresos	OHPNº _____	Nº _____	
Seguro dental (nombre) _____	<input type="checkbox"/> Benefic. de Medicare	<input type="checkbox"/> Elegibilidad doble		
		MCO		

**Contactos clave**

Otro contacto de emergencia	Relación	Nº de teléfono	¿Sabe de la condición de VIH?
		- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Médico de atención primaria	Nº de teléfono	Farmacéutico	Nº de teléfono
	- -		- -
Especialista en VIH	Nº de teléfono	Otra agencia	Nº de teléfono
	- -		- -

**Vivienda**

Tiene vivienda permanente (describir) \_\_\_\_\_

No tiene vivienda permanente (describir) \_\_\_\_\_

Nombre del cliente \_\_\_\_\_, Cliente Nº \_\_\_\_\_ Inicial CM \_\_\_\_\_ Fecha / /

**Transporte**

- No disponible (*describir*) \_\_\_\_\_
- Disponible (*describir*) \_\_\_\_\_
- Acceso al transporte y fondos (*gasolina, pase para el bus, etc.*) \_\_\_\_\_
- Necesita ayuda para tener acceso al transporte (*transporte especial, voluntario, etc.*) \_\_\_\_\_
- Obstáculos para acceder al transporte \_\_\_\_\_

**Necesidades básicas (*marcar lo que necesite*)**

- Ropa       Vivienda       Alimento       Servicios públicos
- ¿Tiene acceso a los programas de comida?       No       Sí ¿cuáles? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene disponible cuidado de niños seguro?       No       Sí
- Otros artículos del hogar personales (*artículos de higiene personal, limpieza, para mascotas, etc.*) \_\_\_\_\_
- Otras necesidades básicas \_\_\_\_\_

**Empleo / Educación**

- No tiene empleo
- Está buscando empleo
- Ubicación del empleador \_\_\_\_\_

- Nivel máximo de educación alcanzado       Preparatoria       Diploma       GED       Universidad       Posgraduado
- ¿Estudia en la actualidad?       No       Sí \_\_\_\_\_
- ¿Tiene dificultad para leer?       No       Sí      ¿Tiene dificultad para escribir?       No       Sí
- ¿Estuvo en clases de educación especial en la escuela?       No       Sí ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

**Asuntos legales / criminales**

- ¿Tiene usted...?       Fideicomiso       Testamento       Directivas para el médico       Apoderado para atención de la salud
- Apoderado permanente       Tutor / Curador para sí o para personas dependientes
- Si tiene *Apoderado*, nombre \_\_\_\_\_ N° de teléfono \_\_\_\_\_ - -
- ¿Es usted tutor o curador de alguien?       No       Sí ¿de quién? \_\_\_\_\_
- Antecedentes delictivos       Arrestos       Condenas       Órdenes de restricción       Libertad condicional
- Prisión

Describir \_\_\_\_\_

**Familia / hijos dependientes**

- ¿Tiene hijos que dependen de usted (*incluir los niños para quienes paga manutención de hijos*)?       No       Sí ¿cuántos? \_\_\_\_\_
- Si contestó "Sí" ¿viven con usted?       No       Sí

**Miembros del grupo familiar**

Nombres	Parentesco	Edad	¿Sabe de la condición de VIH?	Ingresos
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

