

Ryan White parte una carta de registro

Gracias por tu registro reciente y su interés en recibir servicios de Ryan White parte A. El programa Ryan White parte A VIH/SIDA es un programa federal que satisface las necesidades insatisfechas de salud de las personas que viven con el VIH/SIDA (PLWH/A) mediante la financiación de la atención primaria de salud y servicios de apoyo que mejoran el acceso y la retención en la atención.

Hoy comienza el proceso de elegibilidad para este programa, _____ . Su elegibilidad para empezar la fecha es _____ y es la fecha final de elegibilidad _____. Es su responsabilidad para programar una cita por _____. Para su elegibilidad redeterminación.

Si tienes alguna pregunta acerca de la aprobación de su elegibilidad, comuníquese con:

_____ en _____

Agencia/número de teléfono

Es importante para mantenerse conectados. Informe de cualquier cambio a su agencia de registro. Estos cambios pueden incluir su dirección, teléfono números necesidades financieras, alojamientos, nombre de las necesidades o los médicos de los servicios. Gracias nuevamente por su interés en los servicios de Ryan White parte A.

_____	_____
Firma del Cliente	Fecha
_____	_____
Padre o Guarda	Fecha
_____	_____
Funcionario de Agencia de registro	Fecha

Ryan White Part A Documentos de Elegibilidad

Cliente nombre: _____ URN: _____ Fecha: _____
Teléfono cliente: _____ Elegibilidad especialista revisar: _____

Documentación de cada categoría se adjunta a este documento y fácilmente se encuentran en el archivo de cliente para cada reevaluación inicial de registro y seis meses en todos los clientes parte A.

Prueba de identificación (se requiere ID Photo)	
	Fecha de Exp de Arizona o Nevada : _____
	Fecha de Exp país ID pasaporte/extranjeros: _____
	INS papers/permanente tarjeta de residencia
	Tarjeta de seguridad social (en relación con el ID de la imagen)
	Gobierno emitió la tarjeta de identificación
	Fe de bautismo
	Certificados de nacimiento de los niños en el hogar
	Certificado de nacimiento (en relación con el ID de la imagen)
	Otro: _____

Prueba de diagnóstico (obligatorio para clientes recién registrados sólo)	
	Western Blot
	La carga viral cuantitativa
	Carta de los médicos en papel con membrete firmada por el Dr. con al menos uno (1) de estos elementos:
a.	Indicación del cliente está recibiendo tratamiento para el VIH / SIDA
b.	Declaración de la carga viral cuantitativa

Prueba de Residencia	
	Contrato de Arrendamiento
	Renta / Hipoteca Recibo
	facturas de servicios públicos
	Declaración de arreglos de vida
	Carta de una agencia del Gobierno
	Registro o vehículo empadronamiento
	Documentos de liberación de la cárcel
	Otro: _____

Prueba de ingresos (enviar al menos una fecha con los últimos 90 días)	
	Pagar stubs para el más reciente período de 90 días
	Declaración de la seguridad social (más reciente)
	Beneficios de VA
	Declaración de impuestos de los últimos
	Declaración de ningún ingreso
	Declaración de beneficios de desempleo
	Declaración de apoyo de niño
	Declaración de asistencia en efectivo
	Estados de cuenta bancarios con depósitos directos
	Declaración de pensiones
	Declaración de apoyo de la familia/amigo
	Otro: _____

Seguro Médico	
	Medicare/Medicaid
	Declaración del Seguro Cobra
	CCSS Medical Tarjeta
	VA Tarjeta
	Los seguros privados
	AHCCS Tarjeta (Residentes de Arizona)
Pendiente	
	SSI/SSD/Medicaid

Verificación de activos	
	Extracto bancario (declaración del mes pasado)
	Matriculación de vehículos
	Declaración de fondos de jubilación
	Póliza de seguro de vida (con valor en efectivo)
	Devolución de impuestos
	Suma global de premios para los últimos 12 meses (excepto S.S. alzado o reembolsos de IRS)
	Propiedades de bienes raíces
	Prueba de activo pasar hacia abajo (recibos)

Ryan White Part A Formulario de Registro de Cliente

Fecha de hoy:	Cliente URN:	¿El cliente necesita un intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, qué idioma:
<input type="checkbox"/> Recién diagnosticados o nuevo a la atención <input type="checkbox"/> Devolución de cliente (de cuidado de 12 meses o más)		Caso asignado Manager:
DEMOGRAFÍA		
Apellido:		Nombre:
		Segundo nombre:
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexuales (macho a hembra) <input type="checkbox"/> Transexuales (hembra a macho) <input type="checkbox"/> Transgénero (Desc) <input type="checkbox"/> Desconocido	Etnia: <input type="checkbox"/> Los hispanos o latinos <input type="checkbox"/> No hispanos o latinos no <input type="checkbox"/> Desconocido/reglamentada	Raza: <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Afroamericana o negra <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/isleños <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Multirracial
		Estado civil: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Se casó <input type="checkbox"/> Se divorciaron <input type="checkbox"/> Viudas <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Socio domésticos
Fecha de Nacimiento: / / (<input type="checkbox"/> compruebe si estimada)	Edad:	Número de seguridad social:
Domicilio: Apt #		Ciudad:
Estado:	Condado de:	Código postal:
<input type="checkbox"/> comprobación de si mismo como domicilio Mailing Address: Apt #		Ciudad:
Estado:	Condado de:	Código postal:
¿Podemos contactarlo por correo a esta dirección? <input type="checkbox"/> Sí, póngase en contacto con a través de dirección postal <input type="checkbox"/> No		
Teléfono de la casa#: ()		Otro teléfono#: ()
Podemos te dejamos un mensaje en este número de teléfono? <input type="checkbox"/> Sí, contacto vía teléfono # <input type="checkbox"/> Sí, póngase en contacto con a través de otro teléfono # <input type="checkbox"/> No		
¿Nunca ha servido en el ejército? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique las fechas de los servicios: _____ to _____		
¿Cuál es su principal fuente de transporte: <input type="checkbox"/> Un coche propio <input type="checkbox"/> Transporte público (bus) <input type="checkbox"/> Amigos y familiares <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Otros: _____		

VIH/SIDA, INFORMACIÓN MÉDICA Y ESTADO

¿Cuál es su estado de VIH/SIDA : <input type="checkbox"/> VIH (SIDA aún no) <input type="checkbox"/> VIH (estado de SIDA desconocido) <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> HIV-negative (affected) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> VIH indeterminado (sólo si menores de 2 años de edad)	¿Cómo fueron infectados con el VIH/SIDA : <input type="checkbox"/> Contacto sexual de hombre a hombre <input type="checkbox"/> Uso de drogas inyectables <input type="checkbox"/> Transtorno de hemophilia y coagulación <input type="checkbox"/> Contacto heterosexual <input type="checkbox"/> Transmisión perinatal <input type="checkbox"/> Riesgo indeterminado o desconocido, no informó ni identificado <input type="checkbox"/> Destinatario de la transfusión de sangre, componentes de sangre o tejidos <input type="checkbox"/> Otros, especifique : _____
Fecha de Diagnóstico del VIH: (<input type="checkbox"/> comprobar si se estima)	SIDA Fecha de Diagnóstico: (<input type="checkbox"/> comprobar si se estima)
¿Quién es su proveedor médico primario de VIH o donde vayas para atención médica del VIH:	

Nombre de la ubicación:	
Resultados de la carga Viral más reciente :	¿Cuál es la fecha de la carga Viral :
Resultados de su conteo de células CD4 más recientes:	¿Cuál es la fecha de ese recuento de CD4:
¿Están actualmente tomando algún medicamento prescrito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sometimes Si es así, qué medicamentos están tomando:	
Que es el principal proveedor de seguros : <input type="checkbox"/> Medicaid/AHCCCS <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Otros, especifique : _____ <input type="checkbox"/> Otro público (e.g. Champus, VA) <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Desconocido	Que es el principal proveedor de seguros: <input type="checkbox"/> Medicaid/AHCCCS <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Otro público (e.g. Champus, VA) <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Desconocido

CONTACTO DE EMERGENCIA			
Nombre de contacto:		Relación con usted:	
Dirección:	Ciudad :	estado:	Código postal:
Teléfono de la casa #: ()	Otro teléfono #: ()	¿Es consciente de su diagnóstico este contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

EMPLEO Y ACTIVOS DE INFORMACIÓN		INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS	
¿Cuál es su ocupación actual:		Lista debajo de todos los ingresos de usted y los que viven en sus hogar, incluyendo cónyuges, las parejas y los dependientes que podían ser reclamados en su recibir los impuestos de las siguientes fuentes mensualmente:	
¿Quién es su empleador actual:			
¿Tienes cualquier activos (caja de ahorros, CD, ect.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si es así, ¿cuál es el importe total de los activos? \$			
¿Tienes una casa u otra propiedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tienes más de un vehículo registrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		pensión alimenticia \$	
NECESIDADES ACTUALES DE SERVICIO		Manutención de Menores \$	
¿Qué servicios están necesitados de hoy, (por favor marque todas las que apliquen):		Los salarios de Empleo \$	
<input type="checkbox"/> Asistencia para la vivienda	<input type="checkbox"/> Asistencia de Empleo	Estampillas de Comida \$	
<input type="checkbox"/> Asistencia financiera de emergencia	<input type="checkbox"/> Banco de Alimentos	Seguro Estatal de Incapacidad / SDI \$	
<input type="checkbox"/> Grupos de apoyo	<input type="checkbox"/> Información de VIH/SIDA	Incapacidad a Largo Plazo / LTD \$	
<input type="checkbox"/> Consejería Individual	<input type="checkbox"/> cuidado de la visión	Beneficios de VA \$	
<input type="checkbox"/> Consejería Individual	<input type="checkbox"/> asistencia para el transporte	Ingreso suplementario de seguridad/SSI \$	
<input type="checkbox"/> VIH / SIDA de proveedores médicos	<input type="checkbox"/> Uso de sustancia tratamiento/asesoramiento	Seguridad social discapacidad ingresos/SSDI \$	
<input type="checkbox"/> VIH / SIDA los medicamentos	<input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental y asesoramiento	Jubilación del Seguro Social \$	
<input type="checkbox"/> Asistencia con medicamentos Co-Pagos	<input type="checkbox"/> Elegibilidad para servicios de Ryan White	TANF \$	
<input type="checkbox"/> Otro:		Jubilación \$	
		Regalo \$	
		Otro (especificar): \$	
		Ingreso mensual total del hogar \$	
		Ingreso anual total del hogar \$	

ESTADO DE VIDA Y INFORMACIÓN DE RELACIÓN

¿Cuál es su actual living/arreglo de vivienda : <input type="checkbox"/> Stable / Permanent <input type="checkbox"/> Unstable <input type="checkbox"/> Otro: _____		Cuántas personas viven con usted: <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> No alojados en forma permanente	
		Enumere todas las personas que vive con usted en el espacio proporcionado a continuación.	
<i>Nombre</i>	<i>relación con usted</i>	<i>género</i>	<i>fecha de nacimiento</i>
			(<input type="checkbox"/> compruebe si estimada)
			(<input type="checkbox"/> compruebe si estimada)
			(<input type="checkbox"/> compruebe si estimada)
			(<input type="checkbox"/> compruebe si estimada)
			(<input type="checkbox"/> compruebe si estimada)
			(<input type="checkbox"/> compruebe si estimada)
			(<input type="checkbox"/> compruebe si estimada)

REFERENCIAS ADICIONALES

Indique cualquier remisión adicional (no aparece) proporciona al cliente para Ryan White o no - Ryan White recursos comunitarios.

Servicio que se necesita:	Organización mencionada:

NOTAS DEL CASO

Si se documenta en CAREWare o en otra ubicación específica.

<input type="checkbox"/> Cliente se compromete a participar en servicios de administración de caso. <input type="checkbox"/> Cliente decide no participar en el programa en este momento. <input type="checkbox"/> Cliente no tiene derecho a Ryan White parte a y hará referencia a los recursos que son elegibles para. Fecha de hoy: _____ Los administradores de casos Firma: _____ Próxima fecha de redeterminación de elegibilidad: _____	El programa de administración de caso ha sido explicado a mí y me han contestado preguntas tuve. Estoy de acuerdo en participar en servicios de administración de caso. Fecha de hoy: _____ Firma clientes: _____ Padre o Tutor: _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fecha de hoy:	Cliente URN:	Caso asignado Manager:
Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:

VIH / SIDA CITA CON EL MÉDICO DE DETECCIÓN DE ADHERENCIA

1. ¿El cliente tiene un proveedor de servicios médicos de VIH/SIDA? Si No (proporcionar referencias)
 Sólo entrar en el sistema de cuidado (proporcionan referencias)
2. ¿Fecha de la última cita médica? _____ ¿Fecha de la próxima cita médica? _____
3. ¿El cliente tiene una copia de los laboratorios actuales (máximo de 6 meses a partir de la fecha de hoy)? Si No

4. Marca todas las barreras a la atención médica que menciona el cliente:

<input type="checkbox"/> Sólo entrar en el sistema de atención	<input type="checkbox"/> No está listo para acceder a la atención	<input type="checkbox"/> Asustado
<input type="checkbox"/> La falta de vivienda	<input type="checkbox"/> No quiere tratar con él	<input type="checkbox"/> Se siente síntomas de Bellas/no
<input type="checkbox"/> No sabe a dónde ir	<input type="checkbox"/> No se pudo obtener una cita	<input type="checkbox"/> Drogas y Alcohol en la forma
<input type="checkbox"/> No creo que vaya a ayudar a	<input type="checkbox"/> Horario de la clínica no son convenientes	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños disponible
<input type="checkbox"/> No creo que vaya a ayudar a	<input type="checkbox"/> No le gusta que los médicos no	<input type="checkbox"/> No hay transporte
<input type="checkbox"/> Las barreras del idioma	<input type="checkbox"/> Falta de identificación adecuada	<input type="checkbox"/> Otros, especificar:

Por favor, evaluar y trabajar con los clientes para disminuir las barreras a la atención médica.

¿Referencia para atención médica? Si No Cliente se negaba

En caso afirmativo, donde: _____

Los clientes deben remitirse para atención médica si no tienen actualmente un proveedor médico o si no tienen laboratorios actuales (de no más de 6 meses antes de la cita actual).

Notas:

VIH / SIDA MEDICAMENTOS DE DETECCIÓN DE ADHERENCIA

1. ¿El cliente actualmente prescrito medicamentos VIH/SIDA? Si No
2. ¿El cliente actualmente toma su medicación? Si No A veces
3. ¿Cuántas dosis ha perdido el cliente en el último mes? 0 1 2 o más

Si el cliente informes dosis faltantes pedirles por favor por qué, (marque todas las que apliquen):

<input type="checkbox"/> No quiere hacerle frente y tomar meds	<input type="checkbox"/> La falta de apoyo social	<input type="checkbox"/> Alcohol y / o uso de drogas / abuso
<input type="checkbox"/> Los efectos secundarios	<input type="checkbox"/> No cree que el trabajo medicinas	<input type="checkbox"/> Medicamentos demasiado complejo régimen de
<input type="checkbox"/> Depresión y / o problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> No se puede obtener repuestos en el tiempo	<input type="checkbox"/> Alcohol y / o uso de drogas / abuso
<input type="checkbox"/> Demasiadas pastillas	<input type="checkbox"/> El sabor de los medicamentos	<input type="checkbox"/> Otro:

Por favor, evaluar y trabajar con los clientes para disminuir las barreras a la atención.

¿Prestarse asesoramiento o remisión para asesoramiento de adhesión de medicamentos? Si No Cliente se negaba

En caso afirmativo, donde : _____

Notas:

CRIBADO NUTRICIONAL

1. ¿Cuál es su actual peso y altura? _____ pies _____ pulgadas _____ peso
2. ¿Sin querer, ha tenido pérdida de peso significativa en los últimos 6 meses? Si No

3. Se siendo tratado por problemas médicos además de VIH, tales como; ¿diabetes, enfermedad renal, enfermedad hepática y hepatitis, colesterol alto y cardiopatía, hipertensión, cáncer, anemia, depresión? Si No Otro: _____

4. ¿Está experimentando efectos secundarios extremos de sus medicamentos, como vómitos, diarrea o falta de apetito (poco o ningún deseo de comer)? Si No

5. ¿Tiene acceso a los alimentos? Si No

¿Derivación para tratamiento de nutrición médico u otro proveedor de alimentos? Si No Cliente se negaba

En caso afirmativo, donde : _____

Notas:

CAGE DE SUSTANCIAS / ABUSO DE ALCOHOL DE DETECCIÓN

¿Actualmente es el cliente en cualquier tipo de tratamiento por consumo de sustancias o alcohol (incluye reunión con un psicólogo o consejero, asistir a sesiones de grupo)? Si (parar aquí) Nunca utilizar cualquiera de estas sustancias (parada aquí) No (Selección complete)

1. ¿Durante el mes pasado, has sentido que debería reducir su uso de alcohol o drogas? Si No

2. ¿Durante el mes pasado, han personas molesto le criticando el uso de alcohol o drogas? Si No

3. ¿Durante el mes pasado, has sentido mal o culpable sobre su uso de alcohol o drogas? Si No

4. ¿Durante el mes pasado, ha tenido una bebida o consumido drogas lo primero en la mañana a constante los nervios o deshacerse de hang-over-eye-opener? Si No

Si el cliente respondió "sí" a alguna de uso indebido de sustancias anterior preguntas de detección es recomienda una derivación para el tratamiento de abuso de sustancias.

¿Remisión para abuso de sustancias o Alcohol? Si No Cliente se negaba

En caso afirmativo, donde : _____

Notas:

EVALUACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

Preguntas tomadas de la Evaluación de la Atención Primaria de la Herramienta de Evaluación Trastornos Mentales

¿Es el cliente está siendo tratado por un problema de salud mental (incluye ayuda profesional de psicólogo o consejero, asistir a sesiones de terapia de grupo tomar medicamentos para la depresión o ansiedad)? Si (parar aquí) No (selección complete)

1. ¿Durante el mes pasado, ha sido escuchar o ver cosas que otras personas no parecen escuchar sobre? Si No

2. ¿Durante el mes pasado, ha te ha molestado por sentimiento, deprimido o sin esperanza? Si No

3. ¿Durante el mes pasado, ha te ha molestado por poco interés o placer en hacer las cosas? Si No

Si el cliente respondió "sí" a alguna de la salud mental preguntas de detección es recomienda una remisión para detección aún más por un profesional de la salud mental.

¿Derivación para tratamiento de Salud Mental? Si No Cliente se negaba

En caso afirmativo, donde : _____

Notas:

Nombre del cliente:			Fecha de hoy:	
Barreras	Nivel 0-1 "0"-ninguna intervención necesaria . "1"-a corto plazo, centrado, referencias de apoyo de educación.	Nivel 2 "2" barreras múltiples, proporcionar educación y apoyo.	Nivel 3 "3"-complicadas barreras múltiples, o que está en crisis.	Nivel
Viviendas	Vivienda estable y limpio.	Requiere asistencia de corto plazo con / alquiler, utilidades.	Personas sin hogar, se mueve refugio residente o frecuente.	
Finanzas	Fuente de ingresos constante y adecuada.	Fuente de ingresos es incoherente o demasiado bajo para satisfacer necesidades básicas.	No tiene ningún ingreso. Está en crisis financiera. Constantemente no pueden satisfacer las necesidades básicas.	
Problemas de transporte	Transporte propio y de visitas de clínica .	Algunas dificultades con el acceso al transporte.	Consistent problems with accessing transportation.	
Apoyo Social / Familiar Problemas	Fiable red/familia/amigos/socio	Las lagunas en el sistema de apoyo (familia/amigos periódicamente) embarazada pero adherente.	No apoyo estable que profesionales. Familia en crisis. Embarazada pero no adherentes. Miedo de divulgación.	
Comportamiento	Funciones adecuadamente en la mayoría.	Incidenias reiteradas de comportamiento inadecuado.	Abuso o amenazas a otros; falta de control.	
Problemas de comunicación	Hablar, leer y comprender a inglés a un nivel adulto.	Algunas dificultades con el habla, lectura y comprensión de inglés.	No pueden representar a sí mismos en inglés. No se puede leer o escribir.	
Cuestiones culturales	Barreras mínimas del sistema.	Requiere alguna asistencia acclimating al sistema.	Elige no / no se ha podido aclimatarse al sistema.	
Problemas con el sistema	Barreras mínimas del sistema.	Necesita ayuda a acceder al sistema.	Desconfianza hacia el sistema o no acceso a los servicios.	
Asuntos Legales	Cliente no informes problemas jurídicos actuales o recientes; los documentos legales pertinentes completados.	Necesita asistencia completar documentos legales estándar; problemas jurídicos actuales o recientes.	En materia civil o penal; encarcelado o recientemente encarcelados; inmigrantes indocumentados; inconsciente de documentos estándar, es decir, viven será.	
Problemas de Salud Mental	Ninguna enfermedad actual de salud mental, pero tiene un historial de enfermedades mentales, ahora estable .	Leve a moderada síntomas o trastornos.	Síntomas y trastornos graves; larga historia de trastornos mentales.	
Consumo de sustancias / Abuso	No uso actual o historia.	Historia de abuso o maltrato intermitente.	Vida caótica, ordinario abuso de sustancias .	
Efectos secundarios	Medicamentos, sin efectos secundarios.	Efectos secundarios mínimos que afectan la calidad de vida.	Moderados a graves efectos secundarios que afectan a la calidad de vida.	
La adhesión de Historia	Informes de capacidad o voluntad de adherirse a los medicamentos.	Informes capacidad inconsistente para adherirse a los medicamentos.	Incapacidad de informes para adherirse a los medicamentos. Tratamiento ingenuo.	
Cuestiones educativas	Ha sido informado, capaz de expresar conocimientos básicos de la enfermedad.	Comprensión de la enfermedad.	No hay comprensión de la enfermedad del VIH. Nuevo diagnóstico. < de 18 años de edad.	
Las necesidades médicas	Salud estable; va de citas periódicas de MD y seguimiento de laboratorio.	Necesita derivación de atención primaria. Ser visto por MD para enfermedad de corto plazo.	Mala salud; emergencia médica; en rápido deterioro; con infecciones oportunistas. Embarazada.	

Sección de Comentarios:

Total Combinado:

Directrices de agudeza de nivel de cliente :

Agudeza nivel	Alcance	Caso de nivel de gestión	Referral Criteria
área de la vida 0-1	15 Puntos o menos	Médica o no médica administración de casos	Auto referencia según sea necesario
área de la vida 1 & 2	16-30 Puntos	Intensiva médica Case Management-Social	Consulte socios comunitarios apropiados
área de la vida 2 & 3	31 Puntos o superior	Intensivo médico caso administración-Medical	Administrador de casos médicos intensivos a seguir

Nota: Si una puntuación de cliente 3 en ninguna categoría de vida de las necesidades médicas, temas educativos o historia de adhesión, una referencia a la administración de caso médico intensivo es recomendada. Si una puntuación de cliente es recomendada a 3 en las categorías de la vida de cuestiones culturales, temas educativos, las cuestiones sociales de apoyo y la familia, vivienda o finanzas, una referencia a la administración de caso médico moderado.

Ryan White Part A Declaración de los derechos del consumidor

Las siguientes declaraciones reflejan los derechos y responsabilidades de las personas con VIH-enfermedad que busca atención de Ryan White parte a financiado y servicios dentro de la zona de subsidio transitorio de Las Vegas de apoyo.

1. RESPETO * CORTESÍA * PRIVACIDAD

El consumidor tiene derecho a ser tratados, en todo momento, con respeto y cortesía dentro de un entorno que proporciona el mayor nivel de privacidad posible.

2. LIBERTAD DE DISCRIMINACIÓN

el consumidor tiene derecho a la libertad de discriminación relacionada con la edad, etnia, origen nacional, sexo, discapacidad, religión, orientación sexual, valores y creencias, estado marital, condición médica u otras razones arbitrarias.

3. ACCESO A INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE VIH/SIDA

El consumidor tiene derecho a acceso completo a la información de los proveedores de cuidado de la salud sobre actual aprobado por la FDA u otros tratamientos de SIDA probadas. El consumidor tiene el derecho de acceso a la información de todos los proveedores de servicios sobre sociales relacionadas con el VIH y servicios de apoyo.

4. CREDENCIALES DE IDENTIDAD Y PROVEEDOR

El consumidor tiene derecho a conocer las identidades, títulos y afiliaciones de todos los proveedores de salud y servicios sociales, así como cualquiera otra involucrados en la atención de los consumidores. El consumidor tiene derecho a saber acerca de las reglas de organización de salud o servicios sociales y normas que son pertinentes a la atención o el tipo de atención un cliente recibe.

5. CULTURALLY INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

El consumidor tiene derecho a tener información compartida en una forma fácilmente entendida y sensible a fondo de cada consumidor, cultura y origen étnico.

6. CONSENTIMIENTO Y PLAN

De atención que al consumidor tiene derecho a participar en y tomar decisiones sobre su plan de atención médica hasta el inicio del y en el curso del tratamiento. Los consumidores tienen derecho a renegociar el plan de atención médica en cualquier momento. El consumidor tiene derecho a dar su consentimiento informado antes en cualquier procedimiento de cuidado de la salud o recibir cualquier servicio social. El consumidor puede cambiar su opinión después de negarse o dar su consentimiento para servicios sin afectar la atención continua.

7. LIBRE DETERMINACIÓN

El consumidor tiene derecho a acceder a todos los servicios disponibles en espera elegibilidad.

8. DISMINUCIÓN DE SERVICIOS,

El consumidor tiene derecho a negarse a participar en cualquier plan de atención/servicio. La denegación puede afectar a la elegibilidad. El consumidor puede cambiar su opinión con respecto a cualquier servicio sin afectar la atención continua.

9. NOMBRAR A UN DEFENSOR

Del consumidor tiene derecho a identificar a un defensor como un miembro de la familia o a otra persona para apoyar al consumidor notificando el proveedor de servicios pertinentes.

10. DIRECTIVAS POR ADELANTADO

El consumidor tiene derecho a tener instrucciones por adelantado, como un testamento vital, Healthcare Proxy o poder permanente de salud y servicios sociales.

11. ACCESO A LA INFORMACIÓN FINANCIERA

Al consumidor tiene derecho a inspeccionar y recibir una explicación de facturas de atención médicos o los cambios propuestos, independientemente de las fuentes de pago. El consumidor tiene derecho a la remisión necesaria y apoyar con problemas de pago.

12. PROCEDIMIENTO DE QUEJA DEL CONSUMIDOR

El consumidor tiene derecho a presentar una queja escrita sin temor a presión, represalias o interrupción de servicios. El consumidor tiene derecho a recibir una respuesta a una queja por escrito en tiempo y forma.

13. SATISFACCIÓN DE LOS CONSUMIDORES

El consumidor tiene derecho a expresar su satisfacción o insatisfacción con cualquier proveedor de servicios de Ryan White parte A.

14. CONFIDENCIALIDAD * ACCESO A REGISTROS

El consumidor tiene el derecho a la confidencialidad y el acceso a registros de tratamiento y comunicaciones relacionadas con su caso.

15. DEBATE ABIERTO SOBRE

El consumidor tiene derecho a un debate abierto y honesto en todas las negociaciones con los proveedores de salud o servicios sociales.

16. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRANSFERENCIA

Cuando es necesaria una transferencia de atención por cualquier razón, el consumidor se informará de todas las opciones posibles. Un proveedor no puede iniciar a transferencia del caso de los consumidores a otro proveedor o institución a menos que se proporcionan una explicación completa de la necesidad de la transferencia y alternativas para transferir a los consumidores. El nuevo proveedor o instalación deberá notificarse de la transferencia.

17. TERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

El consumidor tiene derecho a recibir la notificación oportuna de los cambios de programa que afectan la elegibilidad. Si se consideran inadmisibles, el consumidor tiene derecho a continuar el proceso de apelación de elegibilidad de Ryan White parte A.

Han recibido, revisado y entender la declaración de los derechos del consumidor:

_____ Nombre impreso de cliente	_____ Cliente URN#
_____ Cliente firma	_____ Fecha
_____ (Si procede) Padre o tutor	_____ Fecha
_____ Coordinador de atención	_____ Fecha

Este cliente se considera incapaz de comprender sus derechos del consumidor; por lo tanto, hago ejercicio de los derechos del paciente.

_____ Coordinador de atención o padre/tutor	_____ Fecha
-------------------------------------------------------	-----------------------

Ryan White Part A Procedimiento de Quejas

El procedimiento de queja para servicios de atención de cliente Ryan White es la siguiente:

Si su queja está relacionada con un problema al acceder a servicios en uno de los organismos participantes de proveedor, por favor, señalar su queja/reclamo a la atención de la persona en ese organismo y siga el procedimiento de queja. Cada agencia tiene un formulario de queja disponible.

Su petición se prestará con:

- Un formulario de reclamo de Agencia por triplicado
- Un envoltente con dirección previa y timbrado dirigido al director ejecutivo de la Agencia
- Un envoltente con dirección previa y timbrado dirigido al administrador de subvenciones a de la parte de Las Vegas

Después de la recepción de su queja/reclamo escrito, usted será contactado por el concesionario de Ryan White parte a debatir sus preocupaciones.

He revisado el procedimiento de queja anterior y han ofrecido una copia de la misma:

_____	_____
Firma del cliente	Fecha
_____	_____
Padre o Tutor	Fecha
_____	_____
Representante de una parte de Ryan White	Fecha

Las Vegas Transitional Grant Area
Ryan White Care Services

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTICIA DE
PRACTICAS PRIVADAS

I HAVE RECEIVED A COPY OF THIS OFFICE'S NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:
YO HE RECIBIDO UNA COPIA DE LA NOTICIA DE PRACTICAS PRIVADAS DE ESTA
OFICINA:

Please print name (Escriba su nombre, por favor)

Signature (firma)

Date (fecha)

FOR OFFICE USE ONLY (PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE)

A written acknowledgement of Receipt of our Notice of Privacy Practices was attempted;
however acknowledgement could not be obtained because:

Individual refused to sign _____

Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement _____

An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement _____

Other: _____

Fecha de hoy: / /	Nombre del cliente:	
Objetivo #1:		
Gerentes tareas caso	Cientes tareas	Progreso en cuenta
Objetivo #2:		
Gerentes tareas caso	Cientes tareas	Progreso en cuenta
Objetivo #3:		
Gerentes tareas caso	Cientes tareas	Progreso en cuenta
Condiciones asistencia: cliente notificará la administración de casos necesarios de personal si hay cualquier cambio en los ingresos o beneficios y proporcionar documentación. Cliente notificará también Agencia si hay un cambio en el número de personas en el hogar o un cambio en el número de teléfono o dirección.		
Información de contacto del personal gestión del caso:		
Firma a continuación indica que ha leído, comprender y cumplirá el plan de atención de la administración de casos y condiciones. Esto indica también que ha recibido una copia de su plan de atención de la administración de casos.		
Cientes la firma:	Fecha:	
Los administradores de casos la firma:	Fecha:	

Una copia del formulario completado (firmado y fechado) debe darse al cliente además de una copia en el gráfico del cliente.