

# 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:	
<b>DEMOGRAFÍA</b>			
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"/> Blanco <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: _____			

<b>VIH/SIDA, INFORMACIÓN MÉDICA Y ESTADO</b>	
¿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-negativo (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 hemofilia 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:	

# Ryan White Part A Formulario de Registro de Cliente



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																																	
NECESIDADES ACTUALES DE SERVICIO																																	
¿Qué servicios están necesitados de hoy, (por favor marque todas las que apliquen):	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>pensión alimenticia</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Manutención de Menores</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Los salarios de Empleo</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Estampillas de Comida</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Seguro Estatal de Incapacidad / SDI</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Incapacidad a Largo Plazo / LTD</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Beneficios de VA</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Ingreso suplementario de seguridad/SSI</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Seguridad social discapacidad ingresos/SSDI</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Jubilación del Seguro Social</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>TANF</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Jubilación</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Regalo</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Otro ( especificar):</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td><b>Ingreso mensual total del hogar</b></td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td><b>Ingreso anual total del hogar</b></td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> </table>	pensión alimenticia	\$	Manutención de Menores	\$	Los salarios de Empleo	\$	Estampillas de Comida	\$	Seguro Estatal de Incapacidad / SDI	\$	Incapacidad a Largo Plazo / LTD	\$	Beneficios de VA	\$	Ingreso suplementario de seguridad/SSI	\$	Seguridad social discapacidad ingresos/SSDI	\$	Jubilación del Seguro Social	\$	TANF	\$	Jubilación	\$	Regalo	\$	Otro ( especificar):	\$	<b>Ingreso mensual total del hogar</b>	\$	<b>Ingreso anual total del hogar</b>	\$
pensión alimenticia	\$																																
Manutención de Menores	\$																																
Los salarios de Empleo	\$																																
Estampillas de Comida	\$																																
Seguro Estatal de Incapacidad / SDI	\$																																
Incapacidad a Largo Plazo / LTD	\$																																
Beneficios de VA	\$																																
Ingreso suplementario de seguridad/SSI	\$																																
Seguridad social discapacidad ingresos/SSDI	\$																																
Jubilación del Seguro Social	\$																																
TANF	\$																																
Jubilación	\$																																
Regalo	\$																																
Otro ( especificar):	\$																																
<b>Ingreso mensual total del hogar</b>	\$																																
<b>Ingreso anual total del hogar</b>	\$																																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asistencia para la vivienda</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia de Empleo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asistencia financiera de emergencia</td> <td><input type="checkbox"/> Banco de Alimentos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grupos de apoyo</td> <td><input type="checkbox"/> Información de VIH/SIDA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consejería Individual</td> <td><input type="checkbox"/> cuidado de la visión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consejería Individual</td> <td><input type="checkbox"/> asistencia para el transporte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> VIH / SIDA de proveedores médicos</td> <td><input type="checkbox"/> Uso de sustancia tratamiento/asesoramiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> VIH / SIDA los medicamentos</td> <td><input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental y asesoramiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asistencia con medicamentos Co-Pagos</td> <td><input type="checkbox"/> Elegibilidad para servicios de Ryan White</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Otro:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Asistencia para la vivienda	<input type="checkbox"/> Asistencia de Empleo	<input type="checkbox"/> Asistencia financiera de emergencia	<input type="checkbox"/> Banco de Alimentos	<input type="checkbox"/> Grupos de apoyo	<input type="checkbox"/> Información de VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Consejería Individual	<input type="checkbox"/> cuidado de la visión	<input type="checkbox"/> Consejería Individual	<input type="checkbox"/> asistencia para el transporte	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA de proveedores médicos	<input type="checkbox"/> Uso de sustancia tratamiento/asesoramiento	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA los medicamentos	<input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental y asesoramiento	<input type="checkbox"/> Asistencia con medicamentos Co-Pagos	<input type="checkbox"/> Elegibilidad para servicios de Ryan White	<input type="checkbox"/> Otro:																
<input type="checkbox"/> Asistencia para la vivienda	<input type="checkbox"/> Asistencia de Empleo																																
<input type="checkbox"/> Asistencia financiera de emergencia	<input type="checkbox"/> Banco de Alimentos																																
<input type="checkbox"/> Grupos de apoyo	<input type="checkbox"/> Información de VIH/SIDA																																
<input type="checkbox"/> Consejería Individual	<input type="checkbox"/> cuidado de la visión																																
<input type="checkbox"/> Consejería Individual	<input type="checkbox"/> asistencia para el transporte																																
<input type="checkbox"/> VIH / SIDA de proveedores médicos	<input type="checkbox"/> Uso de sustancia tratamiento/asesoramiento																																
<input type="checkbox"/> VIH / SIDA los medicamentos	<input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental y asesoramiento																																
<input type="checkbox"/> Asistencia con medicamentos Co-Pagos	<input type="checkbox"/> Elegibilidad para servicios de Ryan White																																
<input type="checkbox"/> Otro:																																	

# Ryan White Part A Formulario de Registro de Cliente



## 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: _____		<input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> No alojados en forma permanente		Cuántas personas viven con usted: Enumere todas las personas que vive con usted en el espacio proporcionado a continuación.
Nombre	relación con usted	género	fecha de nacimiento	
			( <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: _____
--	---