

A1: Formulario de elegibilidad médica

Instrucciones: Este formulario lo debe completar el profesional médico con licencia que brinda la atención relacionada con el VIH del solicitante. Una vez que se hayan completado, firmado y fechado todas las secciones, el proveedor puede enviarlo al Servicio de Atención al Cliente con el resto de la solicitud o por fax al Servicio de Atención al Cliente. Se deben rellenar los puntos marcados con un asterisco (*) para que este formulario se considere completo. Los formularios incompletos retrasarán el procesamiento de su solicitud.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:			
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:
Fecha de nacimiento: ____/____/____		Número de Seguro Social: ____-____-____	
☐ Marque aquí si el paciente no tiene número de seguro social.			
*1. ESTADO VIRAL:			
¿Este paciente tiene infección por VIH?		☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es No, deténgase aquí, este paciente no es elegible para el Servicio de Atención al Cliente)	
¿Ha informado el caso de este paciente al departamento de salud local según lo exige la ley estatal?		☐ Sí ☐ No	
*2. INFORMES DE LABORATORIO:			
Ingrese los resultados más recientes de las pruebas de recuento de células CD4 y de carga viral de este paciente.		FECHA DE LA PRUEBA:	RESULTADO DE LA PRUEBA
	RECuento DE CD4	MM DD AAAA / /	células/μL
	CARGA VIRAL	MM DD AAAA / /	copias/μL
*3. CATEGORÍA DE EXPOSICIÓN AL VIH: Marque una opción			
☐ Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (MSM, en inglés)	☐ Contacto heterosexual		☐ No se informó
☐ Consumo de drogas inyectables (IDU, en inglés)	☐ Recepción de transfusiones de sangre, componentes sanguíneos o tejidos		☐ Otro:
☐ Hemofilia/trastorno de la coagulación	☐ Madre con o en riesgo de infección por VIH (transmisión perinatal).		
*4. INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO (médico, personal de enfermería o auxiliar médico):			
Nombre	Título:	Núm. de teléfono:	Núm. de fax:
Dirección:	Número de licencia y estado emisor:		Núm. identificador de proveedor nacional (NPI, en inglés):
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Firma:
			Fecha:

Formulario médico A-1 - revisado en enero de 2025