|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sección I: Información del solicitante** | | |
| Nombre legal: | Apellido legal: | Inicial del segundo nombre: |
| Fecha de nacimiento: | Número de la Seguridad Social: (opcional) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección II: Información sobre el hogar** | | | | |  |  |  |
| ☐Vivir solo ☐Vivir con otras personas (rellenar a continuación) ☐Sin hogar  ☐Albergue \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐Liberación corrective \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Nombre del miembro del hogar** | **Fecha de nacimiento/edad** | **Relación** | **Sexo al nacer**  **(Hombre, Mujer)** | **Género actual**  **(Hombre, Mujer, Trans Hombre a Mujer, Trans Mujer a Hombre, Trans Otros, Desconocido)** | **Raza**  **(Blanco, negro o afroamericano, asiático, nativo de Hawai o de las islas del Pacífico, indio americano o nativo de Alaska, otros)** | **Origen étnico**  **(hispano o latino, no hispano o latino)** | **Subgrupo hispano**  **(mexicano, mexicano-americano, chicano/a, puertorriqueño/a, cubano/a, otro origen hispano, latino o español escriba en el nombre)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Entiendo que la autodeclaración solo está permitida cuando no tengo una dirección fija o he intentado pero no puedo obtener un comprobante de residencia actual de un tercero. Entiendo que cualquier tergiversación de la información o la falta de divulgación de la información solicitada en este formulario puede descalificarme de la participación en el Programa y puede ser motivo para la terminación de la asistencia. Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas federales de beneficios públicos según la Ley de recursos civiles contra el fraude de programas. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. También entiendo que es mi responsabilidad informar todos los cambios en la composición o los ingresos de mi hogar y proporcionar documentación al respecto a mi administrador de casos dentro de los diez (10) días hábiles.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Cliente Fecha |

|  |
| --- |
| **Sección III. Información médica** |
| **Laboratorios:** |
| **¿Se ha sometido a pruebas de detección de la tuberculosis desde el diagnóstico del VIH? FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Sí ☐ No ☐ No está indicado médicamente ☐ Desconocido |
| **¿Se ha sometido a la prueba de detección de la sífilis durante el año natural? FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Sí ☐ No ☐ No está indicado médicamente |
| **¿Se ha hecho la prueba de la hepatitis B? FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ Sí ☐ No ☐ No está indicado médicamente ☐ Desconocido |
| **¿Se ha sometido a una prueba de detección de la hepatitis C? FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ Sí ☐ No ☐ No está indicado médicamente ☐ Desconocido  **¿Se ha sido tratado por la hepatitis C? FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ☐ Sí ☐ No ☐ No está indicado médicamente ☐ Desconocido  **¿Se considerando un tratamiento para la hepatitis C?**  ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido |
| **¿Ha recibido alguna vacuna?** |
| ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Gripe ☐ Virus del Papiloma Humano (VPH) ☐ Vacuna Neumocócica Conjugada (PCV13) ☐ Vacuna Neumocócica Polisacárida (PPSV23) ☐ Tdap (Tétanos, Difteria, Tosferina)  Fecha de inicio de la vacunación (para la hepatitis A/B): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de finalización de la vacunación (para la hepatitis A/B): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Medicamentos:** |
| ¿Está tomando actualmente medicamentos para el VIH? ☐Sí ☐No  Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Qué tipo de medicación (marque todas las que correspondan): ☐ ART ☐ Profilaxis de OI ☐ Tratamiento de OI ☐ Otros  ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C ☐ Gripe ☐ VPH  Fecha de inicio de la medicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de finalización de la medicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Qué farmacia utiliza para sus medicamentos contra el VIH? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoría de exposición:** | |
| ☐Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | ☐Uso de drogas inyectables |
| ☐Contacto heterosexual | ☐Receptor de una transfusión de sangre, componentes sanguíneos o tejidos |
| ☐Transmisión perinatal | ☐Desconocido |