

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS DE PROFILAXIS  
PRE-EXPOSICIÓN (PREP DAP) DEL ESTADO DE WASHINGTON**

**ID del cliente de PrEP DAP:**

**Dirección postal:** PrEP DAP PO Box 47840, Olympia, WA 98504

**Teléfono:** 360.236.3412 | **Fax:** 360.664.2216 | **Email:** PrEPDAP@doh.wa.gov

<b>INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b>		
<b>Apellido legal y primer nombre</b>	<b>Inicial 2<sup>do</sup> nombre</b>	<b>Número de seguro social</b>
<b>Fecha de nacimiento (mes/día/año)</b>	<b>Identidad de género actual</b>	
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero: hombre a mujer <input type="checkbox"/> Transgénero: mujer a hombre <input type="checkbox"/> No binario/genderqueer <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Nombre preferido</b>	<b>Sexo asignado al nacer</b>	<b>Preferencia para comunicaciones escritas</b>
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español
<b>Origen étnico</b>	<b>Raza (Seleccione todas las que correspondan)</b>	
<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicoamericano, Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino o español	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> India americana / Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Asiática de la India <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamesa <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái / Isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Guamaní o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otras isleñas del Pacífico	

<b>DIRECCIÓN POSTAL RESIDENCIAL</b> (Proporcione una dirección física, no un apartado postal o PO Box)			
<b>Dirección postal o de calle</b>			<b>Apartamento / Lote / Piso</b>
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Condado</b>

<b>MAILING ADDRESS</b>			
<b>¿Su dirección postal es la misma que su residencia?</b>		<b>¿Está bien enviar correo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si <b>no</b> , dé una dirección de correo electrónico en la sección de abajo.	
<b>Dirección postal</b> (Solo se requiere si es diferente a su dirección residencial)			<b>Apartamento / Lote / Piso</b>
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Condado</b>

<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO</b>		
<b>Está bien enviar correo electrónico</b>	<b>Está bien dejar mensaje de voz</b>	<b>Está bien enviar mensaje de texto</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Dirección de correo electrónico</b>		<b>Número telefónico</b>

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS DE PROFILAXIS  
PRE-EXPOSICIÓN (PREP DAP) DEL ESTADO DE WASHINGTON**

<b>ASISTENTE DE APLICACIÓN</b> (No es su navegador de prevención. Consulte la sección "Navegador de prevención" abajo)	
Si alguien lo ayudó a solicitar PrEP DAP, ¿desea que le notifiquemos el estado de la solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Primer nombre y apellido legal</b>	<b>Dirección de correo electrónico</b>

<b>PRESCRIPTOR DE PrEP</b> (Por favor, díganos quién es su proveedor de atención médica que le receta PrEP)	
<b>Primer nombre y apellido legal</b>	<b>Nombre de la clínica</b>
¿Ha visto a su proveedor o le han hecho análisis en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió <b>sí</b> , dé el mes y el año para que ajustemos su fecha de inicio de elegibilidad para cubrir los costos. ____ / ____

<b>NAVEGADOR DE PREVENCIÓN</b> (Esta persona puede ayudarlo a conseguir acceso a programas de prevención del VIH y otros recursos en su área)		
¿Tiene un Navegador de Prevención con el que está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió <b>sí</b> , dé su información abajo:		
<b>Primer nombre y apellido legal</b>	<b>Agencia</b>	<b>Dirección de correo electrónico</b>

<b>INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD</b>			
¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió <b>sí</b> , seleccione el tipo de plan y entre la información abajo:			
<b>Tipo de cobertura</b>			
<b>Seguro:</b>	<input type="checkbox"/> Por parte del empleador	<input type="checkbox"/> Plan de salud calificado	<input type="checkbox"/> Individual
<b>Medicare:</b>	<input type="checkbox"/> Medicare Parte A únicamente	<input type="checkbox"/> Medicare Parte A & B	<input type="checkbox"/> Medicare Parte C (MAPD) <input type="checkbox"/> Medicare Parte D (PDP)
<b>Nombre de la compañía de seguros</b>	<b>Póliza / Nombre del Plan</b>	<b>Fecha que entra en vigor</b>	

<b>INGRESOS</b> (Por favor, dé sus ingresos actuales a continuación)	
Ingresos: \$	¿La cantidad que proporcionó es su ingreso mensual o anual? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual

<b>REPRESENTANTE AUTORIZADO</b> (Proporcione la siguiente información para cualquier persona con la que desee que hablemos sobre su cobertura de PREP DAP.)		
<b>Primer nombre y apellido legal</b>		
<b>Fecha de nacimiento</b> (mes/día/año)	<b>Número de teléfono</b>	<b>Dirección de correo electrónico</b>

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS DE PROFILAXIS  
PRE-EXPOSICIÓN (PREP DAP) DEL ESTADO DE WASHINGTON**

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	
<b>Por favor, asegúrese de responder cada pregunta de forma completa</b>	
¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales con un hombre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En los últimos 12 meses, ¿un médico, enfermera u otro proveedor de atención médica le ha dicho que tenía clamidia, gonorrea o sífilis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió <b>sí</b> , díganos cuál(es):	<input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Sífilis
¿En los últimos 12 meses ha consumido metanfetaminas (cristal, tina, crank, hielo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En los últimos 12 meses ha usado "poppers" (nitratos de alquilo o amilo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En los últimos 12 meses, ¿tuvo relaciones sexuales sin usar un condón con alguien que no consideraba una pareja principal o primaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Estás en una relación sexual continua con una pareja que sabes que vive con VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió <b>sí</b> , ¿está su pareja tomando medicamentos contra el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió <b>sí</b> , ¿sabe si su pareja está tratando de quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En los últimos 12 meses, ¿se ha puesto o inyectado o algún medicamento que no le haya recetado un proveedor de atención médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## **ACUERDO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

El Departamento de Salud coordina con las siguientes agencias para verificar la elegibilidad para todos los servicios aplicables, así como la coordinación del tratamiento y la atención con otros programas relacionados con PrEP DAP. Todos ellos se adhieren a los mismos requisitos de confidencialidad:

- Gerente de beneficios de farmacia contratada / Corporación de Ramsell
- Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington (Verificación de Medicaid)
- Autoridad estatal de atención médica de Washington (Apple Health)
- Todos los proveedores contratados por PrEP DAP
- Proveedor de sistema software

**Tengo derecho a:** Ser tratado con respeto, consideración y honestidad. Recibir servicios de PrEP DAP sin discriminación basada en raza, color, sexo/género, etnia, origen nacional, religión, edad, clase u orientación sexual, así como la capacidad física o mental. Hacer que mis registros sean tratados como confidenciales. Presente una apelación sobre las decisiones de elegibilidad y cobertura.

**Tengo la responsabilidad de:** Tratar al personal del Departamento de Salud y a los socios de servicios contratados con respeto, consideración y honestidad. Proporcionar información correcta, actual y completa. Responder a la(s) solicitud(es) de información de los programas. Adherirme a las pruebas y el tratamiento médicamente recomendados, incluidas todas las actividades recomendadas en los estándares actuales de práctica de PrEP. Notificar al programa, o hacer que mi Navegador de Prevención notifique al programa, de cualquier cambio que afecte mi elegibilidad en el transcurso de 20 días. Estos cambios incluyen, entre otros, la dirección o la cobertura de seguro de salud.

**Entiendo que:** La información solicitada en esta solicitud es con el propósito de determinar mi elegibilidad para los servicios financiados por el estado. La financiación es limitada y puede expirar en cualquier momento sin que se disponga de fondos extendidos o alternativos. El programa utilizará otros sistemas de datos estatales y federales, así como otra información para verificar la información que les doy. Tras ser aprobada, mi elegibilidad expirará después de un año. Antes de la conclusión de ese año, se me pedirá que vuelva a solicitar y proporcionar información actualizada de elegibilidad para continuar recibiendo servicios. Si se me considera elegible para los servicios, mi información puede ser utilizada por nuestros socios contractuales para proporcionar servicios del programa.

*Al firmar este documento, acepto que he leído esta solicitud, certifico que la información en esta aplicación es verdadera y precisa a mi leal saber y entender, y entiendo lo siguiente:*

**Divulgación de información:** Doy mi permiso para que el programa comparta información de esta aplicación y de la documentación posterior obtenida por el programa con socios contratados, navegadores de prevención y la familia o los amigos que enumeré en la sección "Representante autorizado" de esta solicitud. Doy este permiso por un año y 60 días a partir de la fecha en que firmo esta autorización.

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante o tutor legal**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**fecha de hoy (mes/día/año)**