

11. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO DE SALUD Y VIH

El EIP debe confirmar su estado de salud y VIH a fin de procesar su solicitud. Si se mudó recientemente al estado de Washington, ¿le gustaría que intentáramos obtener esta información en su estado de residencia anterior para verificar el VIH?

De ser así, por favor indíquenos el estado en el que vivía antes: _____

De lo contrario, su proveedor de atención médica debe llenar la parte final de esta sección.

Por favor indique si ha resultado positivo para la hepatitis C: Yes No
 En caso afirmativo, ¿le gustaría obtener información acerca de medicamentos que pueden curar la hepatitis C? Yes No

Por favor envíenos este formulario con esta solicitud o pídale a su proveedor de atención a la salud que envíe directamente por correo o por fax. Puede llamarnos al (877) 376-9316 si tiene preguntas sobre este formulario.

Sección para el cliente - Debe ser completada por el cliente—Firma y fecha REQUERIDA

Apellido	Primer Nombre	
Firma del Solicitante o Tutor Legal	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy

Autorizo a mi proveedor de atención a la salud a divulgar la información contenida en este formulario al Departamento de Salud del Estado de Washington

Sección de Proveedor de Atención a la Salud – A ser completada por el Proveedor de Atención a la Salud

Por favor responda las siguientes preguntas sobre el paciente:

VIH positivo (confirmado por laboratorio)	Fecha de la prueba
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se ha recetado terapia antirretroviral (antiretroviral therapy, ART)?	Si responde que sí, Fecha de la prescripción:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Firma del proveedor de atención médica. Al firmar a continuación usted:

- Declara que es el proveedor de atención a la salud del paciente arriba mencionado.
- Confirma que tiene evidencia de la condición de VIH del paciente.
- Certifica que la información en este formulario es precisa y completa a su leal saber y entender.

Firma y fecha Requerida

Firma del Proveedor de Atención Médica	Proveedor de atención medica – Nombre en letra de imprenta por favor	Fecha de hoy

Envíe este documento a EIP
Dirección de envío: EIP PO Box 47841 Olympia, WA 98504
 or
Fax Confidencial: 360-664-2216