

**ANEJO 1**

**Referido de Manejo de Caso para Enlace a Cuidado**

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_

Referido a: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: _____ <span style="float: right;">___ Caso Nuevo</span> #SS. XXX-XX - _____ <span style="float: right;">___ Caso Previo</span> Fecha Nacimiento: _____ <span style="float: right;">___ Contacto y/o Coinfectado</span>	
<b>Resultado de la Búsqueda:</b>	<b>Intervención provista (marque todas las que apliquen):</b>
<input type="checkbox"/> Ingresado a cuidado médico <input type="checkbox"/> Ingresado a manejo de caso <input type="checkbox"/> No pudo ser localizado <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Recibe servicio en otra clínica <input type="checkbox"/> Se trasladó fuera de PR <input type="checkbox"/> Seguimiento de búsqueda <input type="checkbox"/> Seguimiento en búsqueda para entrada a tratamiento <input type="checkbox"/> Paciente no localizado <input type="checkbox"/> Confinado/a <input type="checkbox"/> Rechaza servicios. Si rechaza los servicios del CPTET, <u>favor explicar las razones a continuación:</u>	<input type="checkbox"/> Orientación sobre el servicio de búsqueda de caso <input type="checkbox"/> Orientación sobre el tratamiento y los medicamentos <input type="checkbox"/> Orientación sobre los servicios de salud y apoyo disponibles <input type="checkbox"/> Orientación sobre la importancia de asistir a cita médica <input type="checkbox"/> Orientación sobre la documentación necesaria para los servicios de Ryan White Parte B/ADAP <input type="checkbox"/> Recordatorio de citas para laboratorios y médico <input type="checkbox"/> Coordinación de cita médica en clínica <input type="checkbox"/> Coordinación de servicios de apoyo <input type="checkbox"/> Identificación de la/s razón/es para abandonar <input type="checkbox"/> Identificación de la/s razón/es para incumplimiento de recoger medicamentos <input type="checkbox"/> Desarrollo de Plan de Acción Individualizado <input type="checkbox"/> Entrevista inicial <input type="checkbox"/> Intervención de Seguimiento <input type="checkbox"/> Retención en Cuidado <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Referido a:</b>	<b>Razón (es) para el abandono o no acceder a tratamiento clínico:</b>
<input type="checkbox"/> CPTET: _____  <input type="checkbox"/> Centro clínico externo: _____	<input type="checkbox"/> Olvido de cita <input type="checkbox"/> Problemas / situación económica <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Disponibilidad de documentos <input type="checkbox"/> No aceptación / negación de la condición <input type="checkbox"/> Desconocimiento de servicios <input type="checkbox"/> Manejo de otras condiciones de salud <input type="checkbox"/> Falta de Transportación <input type="checkbox"/> Cuido de un menor o enfermo <input type="checkbox"/> Conflicto con horario de trabajo <input type="checkbox"/> Miedo al rechazo <input type="checkbox"/> Demora en obtener los servicios clínicos <input type="checkbox"/> Desánimo/ no le importa <input type="checkbox"/> Paciente encamado
<b>Tipo de búsqueda (marque las que apliquen):</b>	
<input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Cara a cara <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Comentarios: _____	

\_\_\_\_\_  
 Firma del/la Manejador de Caso

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del/la Trabajador/a de Enlace a Cuidado

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_