

**Certificación Médica sobre Diagnóstico Positivo al VIH/Sida**

Información del Cliente	
Apellido Paterno:	Seguro social: (últimos 4 dígitos) XXX - XX - ____ - ____ - ____ - ____
Apellido Materno:	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ mm dd aaaa
Nombre:	Lugar de Nacimiento:
Ultimo conteo de CD4+:	Fecha: ____ / ____ / ____ mm dd aaaa
Ultima Carga Viral:	Fecha: ____ / ____ / ____ mm dd aaaa
Resultados de laboratorios (CD4 y Carga Viral) pendientes de ser recibidos. La muestra fue enviada al laboratorio en:	Fecha: ____ / ____ / ____ mm dd aaaa
Primer resultado positivo a VIH:  Fecha: ____ / ____ / ____ mm dd aaaa	Favor marcar la respuesta apropiada:  <input type="radio"/> Resultado positivo a VIH auto reportado por el cliente. <input type="radio"/> Resultado positivo a VIH confirmado mediante otra fuente. <input type="radio"/> Resultado positivo a VIH confirmado con prueba rápida en su centro clínico.

Estatus de HIV		
1. ¿El cliente es "ART naive" actualmente?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2. ¿El cliente está en etapa SIDA, según definido por los CDC?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
3. ¿El cliente tiene un estatus de VIH indeterminado?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
4. ¿El cliente es VIH negativo (persona afectada)?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
5. ¿El cliente es VIH positivo (con estatus SIDA desconocido)?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
6. ¿El cliente es VIH positivo (No SIDA)?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
7. ¿Estará usted prescribiendo medicamentos antirretrovirales a este cliente?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

Información del Médico que Prescribe	
Nombre y Apellido del Médico:  _____	Teléfono del Médico:  _____
Firma del Médico:  _____	Correo electrónico del Médico:  _____
Número de licencia del Médico:  _____	Fecha: ____ / ____ / ____ mm dd aaaa