DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

ANEJO P

Programa Ryan White Parte B
Programa de Asistencia en Medicamentos para Pacientes VIH/Sida

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: ◯ Resultado positivo a VIH auto reportado por el cliente. ◯ Resultado positivo a VIH confirmado mediante otra fuente. ◯ Resultado positivo a VIH confirmado con prueba rápida en su centro clínico.

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