

**Condado de Maricopa  
Ryan White Part A  
Clientes Nuevos – Información Personal**

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

Agencia: \_\_\_\_\_

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

Domicilio de Elegibilidad: \_\_\_\_\_ Ciudad/Edo./Zona Postal: \_\_\_\_\_

Condado de Elegibilidad:  Maricopa  Pinal Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: M / F Otro: \_\_\_\_\_

**Raza/Etnicidad:** Marque todo lo que aplique

<input type="checkbox"/> Hispano		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otra Raza:
<input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii / Islas del Pacífico

**Factores que Contribuyen al Riesgo de Contraer el IVH:** Marque todo lo que aplique

<input type="checkbox"/> Hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres	<input type="checkbox"/> Contacto heterosexual	<input type="checkbox"/> Recibir transfusiones de sangre, de componentes de sangre o de tejido
<input type="checkbox"/> Uso de drogas inyectadas	<input type="checkbox"/> Transmisión Perinatal	<input type="checkbox"/> Otros factores:
<input type="checkbox"/> Hemofilia/trastornos de coagulación de la sangre		

**Diagnóstico Relacionado al IVH:**

Diagnóstico	Fecha – Primer Diagnóstico	Estado del Diagnóstico
<input type="checkbox"/> IVH+		<input type="checkbox"/> En Arizona <input type="checkbox"/> Otro Estado
<input type="checkbox"/> Sida		<input type="checkbox"/> En Arizona <input type="checkbox"/> Otro Estado
<input type="checkbox"/> IVH- /Afectado/No determinado		<input type="checkbox"/> En Arizona <input type="checkbox"/> Otro Estado
<input type="checkbox"/> Nunca ha tenido la prueba		

**Condición del Tratamiento Relacionado al IVH:**

Médico de Cuidado Primario: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Medicamentos Actuales: \_\_\_\_\_

Cuadro Clínico	Fecha de la Prueba	Resultados
Conteo CD4		
Carga Viral		

**Fuente Principal del Seguro Médico:**

<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid (AHCCCS)
<input type="checkbox"/> Otro Seguro Público	<input type="checkbox"/> No Tengo Seguro	<input type="checkbox"/> Otro:

**Recibo el Tratamiento Primario Para el IVH en:**

<input type="checkbox"/> Una clínica pública	<input type="checkbox"/> Médico Particular	<input type="checkbox"/> Centro Pacientes Externos
<input type="checkbox"/> En la Sala de Urgencias	<input type="checkbox"/> No Tengo	<input type="checkbox"/> Otro:

**Vivienda/Dónde Vivo:**

<input type="checkbox"/> Vivienda Permanente	<input type="checkbox"/> Institución
<input type="checkbox"/> Vivienda no-permanente	<input type="checkbox"/> Otra

**Información Sobre la Familia:**

Número de Personas en la Familia: _____	Ingreso Anual de la familia: _____
---	------------------------------------

**¿Dónde Podemos Comunicarnos con Usted?:**

Recibo el Correo en: (Si es diferente al domicilio de arriba): \_\_\_\_\_

Ciudad/Edo./Zona Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Números de Teléfono en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_