

Determinación de la evaluación de elegibilidad

☐ Nueva evaluación Fecha en que se completó:	☐ Revaluación de prioridad Fecha en que se completó:	☐ Revaluación Fecha en que se completó:	☐ Reincorporación Fecha en que se completó:
NSS:	Edad:	Fecha de nacimiento:	
Fecha del diagnóstico de VIH:		Fecha del diagnóstico de SIDA (si corresponde):	

INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido legal:	Nombre legal:	Inicial del segundo nombre	Sufijo de nombre (Jr., Sr., I, II, etc.):	Otros nombres que use
Dirección (calle)	Ciudad	Estado	Código postal	Permiso para enviar correo ☐ SÍ; ☐ NO
Dirección postal (si es otra)	Ciudad	Estado	Código postal	Permiso para enviar correo ☐ SÍ; ☐ NO

Estoy de acuerdo y entiendo que, si el destinatario indirecto no tiene noticias sobre mi dentro de los 90 días, me enviará una carta certificada para informarme del alta de los servicios. ☐ SÍ; ☐ NO

Firma del cliente (o tutor legal)

Fecha de hoy (día/mes/año)

Situación de vivienda:	☐ Estable ☐ Inestable ☐ Permanente	Tipo de vivienda:	☐ Asistencia de vivienda financiado por el programa HOPWA ☐ Centros de cuidado ☐ Es dueño y vive en una casa o un departamento no subsidiado ☐ Vivienda permanente para alguien que no tenía vivienda ☐ Renta y vive en una habitación, una casa o un departamento no subsidiado ☐ Casa o departamento subsidiado que no forma parte del programa HOPWA, incluidas viviendas de la Sección 8, HOME y públicas ☐ Casa o departamento subsidiado que no forma parte del programa HOPWA, incluidas viviendas de la Sección 8, HOME y públicas ☐ Colocación permanente con familias u otros arreglos autosuficientes no subsidiados ☐ Hotel o motel pagado sin vales de vivienda de emergencia ☐ Otros arreglos temporarios como el subsidio de vivienda del programa RWHAP ☐ Arreglos temporarios para quedarse o vivir con familiares o amigos ☐ Colocación temporaria en una institución ☐ Vivienda transitoria para personas sin hogar ☐ Viviendas de emergencia o un lugar público o privado no diseñado para pasar la noche con regularidad ☐ Hotel o motel pagado con vales de vivienda de emergencia ☐ Cárcel, prisión o reformatorio
Veterano:	Estado civil:	☐ Divorciado ☐ Separación legal ☐ Casado ☐ Pareja de hecho registrada ☐ Soltero ☐ Viudo	
☐ Sí ☐ No			

1	Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____ (Formulario revisado en septiembre de 2022)
---	---

	☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Familia ☐ Otro	☐ Sí ☐ No	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero de femenino a masculino ☐ Transgénero de masculino a femenino ☐ Transgénero ☐ Otro: _____
Número de teléfono principal	Tipo de teléfono	Permiso para dejar un mensaje	Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino
	☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Familia ☐ Otro	☐ Sí ☐ No	Pronombres de género: ☐ Ella ☐ Él ☐ Elles ☐ Otro: _____
Número de teléfono secundario	Tipo de teléfono	Permiso para dejar un mensaje	Etnia: ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino
☐ Sí ☐ No			
Permiso para enviar mensajes de texto	Número de teléfono para mensaje	Proveedor de servicios de telefonía móvil	Subcategoría étnica: ☐ Mexicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro
☐ Sí ☐ No			Raza: ☐ Blanco/caucásico ☐ Negro/afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo hawaiano/isleño del Pacífico ☐ Nativo americano/de Alaska ☐ Otro
Permiso para enviar correos electrónicos	Dirección de correo electrónico		
Idioma principal:			☐ Asiático ☐ Indio ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro
Idioma secundario:			Subcategoría de raza: ☐ Nativo hawaiano/isleño del Pacífico
Idioma de preferencia para hablar:			☐ Guameño o Chamorro ☐ Nativo hawaiano ☐ Otro isleño del pacífico ☐ Samoano
Idioma de preferencia escrito:			

Equipo de atención médica:

Clínica, centro o consultorio de atención para el VIH primario	Médico proveedor de atención para el VIH	Número de teléfono
Agencia de administración de casos de VIH	Administrador de casos de VIH	Número de teléfono
Representante autorizado	Número de teléfono	Otro destinatario indirecto Número de teléfono

2	Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: ____ (Formulario revisado en septiembre de 2022)
---	--

Grupo familiar:

Tamaño total del grupo familiar	
---------------------------------	--

Miembros del grupo familiar:

Nombres	Relación	Fecha de nacimiento	Permiso para contactarlos	¿Tienen ingresos? (Si la respuesta es sí, deberá incluir los ingresos en los cálculos a continuación)
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Ajustes de ingresos mensuales		
Tipo de ingresos	Persona(s) que reciben ingresos	Ingresos brutos mensuales
Salarios, sueldos, propinas, etc. (Formulario W-2)		
Interés impositivo (formulario 1099-INT)		
Interés exento de impuestos (Formulario 1099-INT, casilla 8)		
Dividendos ordinarios (1099-DIV, casilla 1a)		
Dividendos de intereses exentos (Formulario 1099-INT, casilla 10)		
Devolución de impuestos de ingresos estatales o locales		
Manutención a expareja o niños Pagos de hogar de acogida		
Ingresos o pérdidas del negocio o trabajador autónomo (Anexo C o C-EZ)		
Ganancia o pérdida de capital (Anexo D)		
Otras pérdidas o ganancias (Formulario 4797)		
Distribuciones de cuenta IRA: importe impositivo		
Ajustes de ingresos mensuales		
Tipo de ingresos	Persona(s) que reciben ingresos	Ingresos brutos mensuales
Pensión o renta		
Bienes raíces en renta, fideicomiso (Anexo E)		
Ingresos o pérdidas del campo (Anexo F)		
Ingreso por desempleo		

3	Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____ (Formulario revisado en septiembre de 2022)
---	---

Ingreso de jubilación de Seguridad Social		
Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)		
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		
Otros ingresos de cliente (retribución por servicio de jurado, ganancias de juego)		
Manutención infantil, indemnización por accidentes de trabajo, dinero regalado		
TOTAL		Total mensual= \$

Ajustes de ingresos mensuales		
Tipo de ajustes	Persona(s) que reciben ingresos	Ingresos brutos mensuales
Gastos de educador		
Gastos comerciales (Formulario 2106 o 2016-EX)		
Cuenta de ahorros para gastos médicos (8889)		
Gastos por mudanza (Formulario 3903)		
Deducible al impuesto sobre el trabajo por cuenta propia (Anexo SE)		
Trabajo por cuenta propia SEP, planes SIMPLE		
Deducción de seguro de salud para el trabajo por cuenta propia		
Multa por retiro anticipado de ahorros		
Manutención pagada		
Deducción IRA		
Ajustes de ingresos mensuales		
Tipo de ajustes	Tipo de ajustes	Tipo de ajustes
Deducción de intereses de préstamos estudiantiles		
Matrícula y honorarios (Formulario 8917)		
Actividades de producción nacional (Formulario 8903)		

4	Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____ (Formulario revisado en septiembre de 2022)
----------	---

El grupo familiar no tiene ajustes		
TOTAL		Total mensual= \$

Los ajustes de ingresos son gastos que el grupo familiar (cliente) puede tener y que pueden considerarse “deducciones” de sus ingresos brutos para obtener el ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) del grupo familiar. Esto no tiene ningún impacto en el ingreso bruto del grupo familiar que se utiliza para determinar el FPL a efectos de la elegibilidad para el Programa de Asistencia de Medicamentos de Virginia (VA MAP).

Tamaño de la familia: _____	Nivel federal de pobreza (FPL): _____
SIN ESTADO DE INGRESOS	
Declaro que mi familia y yo no tenemos ingresos. Tengo (tenemos) comida, vivienda y ropa de los siguientes medios:	

Entiendo que debo informarle a mi administrador de casos de VIH sobre cualquier cambio como parte de la revisión de elegibilidad de acceso para clientes. Entiendo que, si falsifico o no doy información completa, mi elegibilidad para los servicios financiados por Ryan White pueden ser denegados.

Firma del cliente (o tutor legal)

Fecha de hoy (día/mes/año)

Comentarios adicionales:

5	Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____ (Formulario revisado en septiembre de 2022)
----------	---

Cada cliente debe cumplir con los cuatro 4 criterios de elegibilidad mencionados a continuación cada 24 meses para ser elegible para los servicios del programa VA RWHAP B, que incluyen los servicios de medicamentos ADAP que coordina el VA MAP. Cargue copias de la documentación de respaldo a Provide Enterprise® por cada criterio y quédese con una copia en la agencia de proveedores.

Tenga en cuenta: la condición de inmigración no es relevante para la elegibilidad de los servicios del RWHAP. Quienes reciben servicios del RWHAP de manera directa o indirecta no deben compartir su condición de inmigración con las agencias de control de inmigración, como se detalla en la HRSA HAB PCN 16-02.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	DOCUMENTACIÓN PRESENTADA/CARGADA	
VIH + diagnóstico Solicitada solo una vez en la admisión y subida a Provide® para la evaluación inicial del cliente.	☐ Resultados de la prueba de VIH que confirmen el diagnóstico (Western Blot) ☐ Carta de un proveedor médico o asesor de pacientes para administrador de casos que confirme el diagnóstico de VIH ☐ Resultado de la prueba de carga viral de VIH con carga viral de VIH detectable (los resultados de la prueba de carga viral con carga viral indetectable no serán aceptados en sí como prueba de diagnóstico) ☐ Documentación de un registro de salud/médico electrónico (EM/HR) de diagnóstico de VIH (nota de progreso, etc.)	
Comprobante de residencia en Virginia La documentación debe incluir el nombre legal completo del cliente	<u>Nivel 1 (uno de los siguientes)</u> ☐ Documento de identificación del estado de Virginia que no haya vencido, incluye licencias de conducir para vehículo o motocicleta, tarjetas de identificación, Real ID u otras tarjetas de identificación emitidas por el estado de VA que contengan una dirección ☐ Tarjeta de identificación tribal de indios americanos de las tribus de Virginia, tarjeta de identificación para servicios de salud para indios, tarjeta de identificación de la Oficina de Asuntos Indígenas para al menos una tribu en Virginia si incluyen direcciones ☐ Facturas de servicios públicos de no más de dos meses de antigüedad con el nombre del solicitante (*no se aceptan facturas de celular) ☐ Contrato de alquiler, renta o acuerdo de hipoteca, título de propiedad ☐ Documento actual de impuestos sobre la propiedad en VA ☐ Atestado del administrador de casos de residencia en Virginia con el membrete de su agencia	<u>Nivel 2 (dos de los siguientes si ninguno de los del Nivel 1 está disponible)</u> ☐ Letra del compañero de departamento arrendatario (debe incluir el nombre, la dirección que coincida con la de la solicitud del cliente y relación con el cliente del arrendatario) ☐ Copia de documento de beneficios o asistencia pública ☐ Correcciones judiciales/comprobante de identidad ☐ Documento oficial o correspondencia de una agencia gubernamental federal, estatal o local de no más de un año en el que figure el nombre y la dirección actual del solicitante ☐ Tarjeta de identificación tribal de indios americanos de las tribus de Virginia, tarjeta de identificación para servicios de salud para indios, tarjeta de identificación de la Oficina de Asuntos Indígenas por al menos una tribu en Virginia si NO incluyen direcciones ☐ Tarjeta de registro o título de vehículo de Virginia actual/sin expirar ☐ Foto actual de identificación de estudiante emitida por una facultad o universidad de Virginia

6

Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____
(Formulario revisado en septiembre de 2022)

Estado de seguro Debe proveer información de seguro médico para ayudar a determinar la elegibilidad y el pagador de último recurso Información importante que debe ser provista para los servicios de medicamentos contra el VIH, aparte del seguro de cobertura:	☐ Copia de la tarjeta de la cobertura del Mercado de Seguros Médicos (plan ACA) ☐ Copia de la tarjeta del seguro provisto por el empleador ☐ Copia de la tarjeta de Medicaid o versión impresa del portal de búsqueda de cobertura del DMAS (es posible que el cliente no califique para los servicios ADAP/VA MAP, pero sí para otros servicios Ryan White) ☐ Copia de la tarjeta de Medicaid (y tarjeta de Plan de Medicamentos Recetados, si corresponde) ☐ Copia de tarjeta de Tricare (servicio activo, reserva, militar retirado y miembros familiares elegibles) ☐ Copia de la tarjeta de otro seguro privado (como Farm Bureau, planes fuera del Mercado o seguro provisto por intercambios del estado) ☐ SI el cliente participa de algún ensayo clínico para evaluar nuevos medicamentos, tratamientos o enfoques para el control del VIH durante el período de evaluación de elegibilidad, cargue toda documentación que demuestre la participación (copia de consentimiento informado, carta del Investigador Principal o carta del Administrador del ensayo clínico)
Comprobante de condición de bajos ingresos: los ingresos del grupo familiar deben ser iguales o menores al 500 % del FPL para calificar para los servicios. La información contenida en los documentos cargados debe coincidir con la información ingresada en Provide® para calcular el ingreso según el ingreso bruto ajustado modificado.	☐ Comprobante de participación actual en el Programa de Vales de Elección de Vivienda, SNAP, WIC, Medicaid u otro programa de beneficios federal o estatal con límite de ingresos igual o inferior al 500 % del FPL ☐ Ingreso del trabajo (copias de recibos de pago <u>de los últimos meses</u> que muestren ingresos brutos y deducción de sueldo) ☐ Trabajo por cuenta propia (copia completa de la declaración federal de impuestos sobre los ingresos <u>individual</u> más reciente que incluya el Formulario 1040 y Anexo C o un mes de registros contables que muestren claramente los ingresos pagados al dueño) ☐ Beneficios y/o distinciones del gobierno (como la Seguridad de Ingreso Suplementario o el Seguro por Incapacidad del Seguro Social) ☐ Beneficios de ingresos o desempleo (copia de letras de distinción que muestren la cantidad actual de dólares recibidos; si se utiliza un extracto bancario u otro documento para verificar los beneficios del gobierno, se requiere información adicional para documentar deducciones de las primas de Medicare) ☐ Beneficios de veteranos o jubilados (copia de la carta de beneficios o distinción u otro documento oficial que muestre la cantidad recibida regularmente) ☐ Carta de oferta u otra carta del empleador con fecha de inicio, horas trabajadas y tarifa de pago ☐ Atestado del propio cliente del ingreso en efectivo que no se puede verificar por otros medios ☐ Carta del empleador que confirme el ingreso en efectivo ☐ Ingreso de alquiler neto, luego de los gastos (copia completa de la declaración federal de impuestos sobre los ingresos más reciente) ☐ Manutención infantil o a expareja (copia de carta de beneficios u otros documentos oficiales que muestren la cantidad recibida regularmente) ☐ Ingresos de la participación en ensayos clínicos que no se enfoquen en una enfermedad poco común y, por lo tanto, no cumplan con los criterios de exclusión de ingresos para quienes reciben la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (de la ley "Orphan Drug Act")

7	Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____ (Formulario revisado en septiembre de 2022)
---	---

Comprobante de No Ingresos	☐ Comprobante de No Ingresos, terminación o aviso de despido con el membrete de la empresa ☐ Carta del administrador de casos con el membrete de la agencia que declare que, según su evaluación, el cliente no tiene ingresos ☐ Carta de comprobante de "No Ingresos" de otro individuo que provea apoyo financiero o de otro tipo al solicitante La carta debe incluir lo siguiente: • La relación del individuo con el solicitante • Una declaración que describa la cantidad o extensión de apoyo provisto • El individuo que provee apoyo financiero no tiene conocimiento de que el solicitante reciba ningún otro ingreso Para su conveniencia, utilice la plantilla para esta carta que se encuentra en el sitio web del programa.
-----------------------------------	--

Tabla de beneficios:

☐ Medicare		☐ Medicaid		☐ Medicaid	☐ Otro
Fecha de entrada en vigencia: _____ Cobertura de Medicare: ☐ Solo Parte A ☐ Solo Parte B ☐ Partes A y B	☐ Parte C: Nombre del portador: _____ Nombre del plan: _____ ☐ Beneficios de farmacia: _____ ☐ Parte D Nombre del portador: _____ Nombre del plan: _____	☐ Medicaid verificado ☐ Medicaid cambiado Estado de Medicaid: ☐ Activo ☐ Solicitado ☐ Sin beneficios Fecha de entrada en vigencia: _____ Categoría de Medicaid: _____	Categoría: _____ Número de identificación de Medicaid: _____	☐ Número de beneficios de VA: _____ ☐ Número de Tricare: _____ ☐ _____ Número: _____	
☐ Subsidio de bajo ingresos		☐ Subsidio de bajos ingresos completos	☐ Servicios médicos de VA		☐ Servicios de salud para indios
Estado: ☐ Activo ☐ Solicitado ☐ Sin beneficios Fecha de entrada en vigencia: _____	Estado: ☐ Activo ☐ Solicitado ☐ Sin beneficios Fecha de entrada en vigencia: _____	Estado: ☐ Activo ☐ Solicitado ☐ Sin beneficios Fecha de entrada en vigencia: _____	Estado: ☐ Activo ☐ Solicitado ☐ Sin beneficios Fecha de entrada en vigencia: _____		

8	Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____ (Formulario revisado en septiembre de 2022)
---	---

Tabla de seguro:

☐ Seguro privado principal		☐ Atención dental	☐ Cuidados de la vista
Estado: ☐ Activo ☐ Solicitado ☐ COBRA ☐ Sin beneficios Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____ ☐ Sin beneficios Fecha de entrada en vigencia: _____ Fuente de la póliza: ☐ Mercado de intercambio federal de ACA ☐ Empleador ☐ Individuo	Nombre de la compañía de seguros: _____ Nombre del plan de seguros: _____ Identificación del miembro privado: _____ Plan familiar: ☐ Sí ☐ Todos los miembros de la familia en el plan VIH+ ☐ No ☐ Cobertura médica ☐ Cobertura de la salud mental ☐ Residencial por trastorno por consumo de sustancias Beneficios: ☐ Beneficios de farmacia	Estado: ☐ Activo ☐ Solicitado ☐ COBRA ☐ Sin beneficios Nombre del portador: _____ Nombre del plan: _____	Estado: ☐ Activo ☐ Solicitado ☐ COBRA ☐ Sin beneficios Nombre del portador: _____ Nombre del plan: _____

Tabla de medicamentos:

Seguro privado principal	
Estado de la enfermedad: ☐ SIDA definido por CDC ☐ VIH negativo ☐ VIH positivo, estado de SIDA desconocido ☐ VIH indeterminado (solo niños menores a 2 años) ☐ VIH positivo sin SIDA Fecha estimada de diagnóstico de VIH: _____	Modos de transmisión: ☐ Receptor de transfusión de sangre, componentes sanguíneos o tejido ☐ Hemofilia/trastorno de coagulación ☐ Contacto heterosexual ☐ Inyección o uso de drogas intravenosas ☐ Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ☐ Madre en riesgo (Perinatal) ☐ Otro ☐ Factor de riesgo sin reportar o identificar/Desconocido Actualmente, ¿se encuentra haciendo algún tratamiento antirretroviral? ☐ Sí ☐ No Fecha en la que comenzó el tratamiento antirretroviral: _____

**Plan de servicio de administración de casos no médicos
(NMCM) / Derivación de la administración de casos médicos**

Formulario solicitado

Cualquier respuesta afirmativa a las siguientes preguntas requiere un Plan de servicio individual de NMCM. Además, cualquier respuesta afirmativa a las preguntas de la 8 a la 20 requiere derivación a un administrador de casos médicos (MCM) para una evaluación y precisión más profunda.

Plan de servicio de administración de casos no médicos (P1 - P7)		Tareas / pasos a seguir del plan de servicio de NMCM	Fecha objetivo	Fecha en el que se alcanzó / Resultado
1. Actualmente, ¿tiene acceso para completar la Elegibilidad Unificada?	☐ Sí ☐ No			
2. ¿Necesita asistencia de transporte (tarjeta de gasolina, pases de autobús, entre otros) para poder llegar a sus citas?	☐ Sí ☐ No			
3. ¿Necesita asistencia para inscribirse en Medicaid, ACA u otro programa de seguros?	☐ Sí ☐ No			
4. ¿Tiene alguna factura médica pendiente relacionada con el VIH?	☐ Sí ☐ No			
5. Actualmente, ¿busca asistencia para tener acceso a servicios dentales?	☐ Sí ☐ No			
6. Actualmente, ¿busca asistencia para tener acceso a servicios de la vista?	☐ Sí ☐ No			
7. En los últimos tiempos, ¿ha tenido dificultad para pagar la renta, los servicios públicos o comprar comida?	☐ Sí ☐ No			
Derivación a administración de casos médicos (P8 – P20)				
8. ¿Le acaban de diagnosticar el VIH?			☐ Sí ☐ No	
9. ¿Fue encarcelando recientemente (últimos 6 meses)?			☐ Sí ☐ No	
10. ¿Está embarazada? (Si corresponde)			☐ Sí ☐ No	
11. Actualmente, ¿se encuentra sin hogar?			☐ Sí ☐ No	
12. ¿Se siente inseguro en su casa?			☐ Sí ☐ No	
13. ¿Ha tenido problemas o demoras para conseguir sus medicamentos?			☐ Sí ☐ No	
14. ¿Ha sido detectable su carga viral en los últimos 6 meses?			☐ Sí ☐ No	
15. ¿Se ha perdido alguna cita médica, de salud mental o de tratamiento contra el abuso de sustancias en los últimos tres (3) meses?			☐ Sí ☐ No	
16. ¿Ha experimentado cambios negativos en su salud mental en los últimos tres (3) meses?			☐ Sí ☐ No	
17. ¿Se ha quedado sin atención médica (para el VIH) por 6 meses?			☐ Sí ☐ No	
18. ¿Ha tenido relaciones sexuales sin preservativo o compartido agujas en los últimos 6 meses?			☐ Sí ☐ No	
19. Si se encuentra consumiendo drogas o alcohol o productos con tabaco, ¿le gustaría obtener asistencia para buscar tratamiento o más información sobre cómo dejar de consumirlos?			☐ Sí ☐ No	
20. ¿Le gustaría hablar con un administrador de casos médicos por algún otro motivo?			☐ Sí ☐ No	
Objetivo NMCM de las preguntas de la 8 a las 20: derivado a administrador de casos médicos: _____				

Firma/título _____

FECHA: _____

EVALUACIÓN/REVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS MÉDICOS DE VIH

Cliente:	Número del cliente:
Fecha de evaluación inicial:	Nombre del MCM:
Fecha de la reevaluación:	Nombre del MCM:

Condición de VIH:

Factores de riesgo de VIH (marque todos los que correspondan):

☐ VIH positivo (sin SIDA)	Fecha de diagnóstico:	☐ HSH ☐ Heterosexual ☐ UDI ☐ Perinatal
☐ VIH positivo (SIDA desconocido)	Fecha de diagnóstico:	☐ Receptor de sangre o tejido
☐ SIDA como define CDC	Fecha de diagnóstico:	☐ Hemofilia/trastorno de coagulación
☐ Desconocido o sin reportar/identificar		☐ Otro:

Atención médica:

☐ Ninguna ☐ Clínica o HD de financiamiento público ☐ Consultorio privado ☐ Hospital ambulatorio ☐ Guardia ☐ Otro
--

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (nombre y número de teléfono):

Proveedor de atención primaria		
Proveedor de VIH/SIDA		
Farmacia		
Dentista		

Perfil de medicamentos actual:

Fecha en que se recetó	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía	Fecha de interrupción

1	Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____ (Formulario revisado en septiembre de 2022)
----------	---

Evaluación de adherencia al medicamento contra VIH:☐ Sin cambios

Actualmente, ¿el cliente toma medicamentos antirretrovirales?	☐ Sí ☐ A veces ☐ No
Si la respuesta es "No", ¿por qué? ☐ No quiere ☐ Quiere/lo está considerando	
Si la respuesta es "Sí"/"A veces", entendimiento del cliente sobre los medicamentos:	☐ Avanzado ☐ Promedio ☐ Básico ☐ Confundido
Si la respuesta es "Sí"/"A veces", ¿quién se encarga de ordenar/recoger los resurtidos? ☐ El mismo cliente ☐ Alguien más: _____	
¿Están los medicamentos desactualizados? ☐ Sí ☐ No	¿Los medicamentos son recetados por distintos proveedores? ☐ Sí ☐ No
¿Los medicamentos se almacenan de manera adecuada? ☐ Sí ☐ No	¿Los medicamentos son prestados? ☐ Sí ☐ No
¿Los medicamentos se toman a horario cada día/cada vez? ☐ Sí ☐ No	
Si la respuesta es "No", cantidad de dosis salteadas la semana pasada: _____ número de dosis tomadas más tarde la semana pasada: _____	
Posible(s) razón(es) por dosis tardías o salteadas (marque todas las que correspondan): <u>Efectos secundarios del medicamento</u> ☐ mareo ☐ náuseas ☐ diarrea ☐ somnolencia ☐ dolor de cabeza ☐ otro: _____	

Obstáculos:

☐ depresión/salud mental	☐ régimen de medicamento complejo
☐ uso de sustancias	☐ número de pastillas
☐ cambios en el estado mental	☐ tamaño de las pastillas
☐ dudas sobre la efectividad del medicamento	☐ sabor del medicamento
☐ falta de información	☐ hábitos alimenticios (por ejemplo, pérdida del apetito)
☐ trabaja afuera del hogar	☐ falta de una programación regular
☐ responsabilidad de brindar asistencia	☐ necesita asistencia con las actividades de la vida diaria
☐ falta de apoyo social	☐ condición de VIH secreta
☐ dificultad para obtener resurtidos	☐ otro: _____

DISPONIBILIDAD DE LAS NECESIDADES BÁSICAS (marque si necesita asistencia): ☐ Sin cambios

☐ Comida; ☐ Servicios públicos; ☐ Higiene y cuidado personal	
☐ Acceso a programas de comida (describa):	☐ NO ☐ SÍ
☐ Cuidado de niños seguro disponible (si es necesario):	☐ NO ☐ SÍ (describa)
☐ Otras necesidades básicas (describa):	

2

Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____
(Formulario revisado en septiembre de 2022)

ARREGLOS DE VIVIENDA:☐ Sin cambios

☐ Residencia permanente: (describa)	
☐ Sin residencia permanente: (describa)	
☐ Tipo de vivienda:	☐ Casa o departamento rentado ☐ Vive con la familia ☐ Dueño de un hogar ☐ Vivienda transitoria/hogar de transición ☐ Hogar de ancianos, centro médico, etc. ☐ Sin hogar, en la calle/auto ☐ Sin hogar, en una vivienda de emergencia ☐ Sin hogar, viviendo con alguien más
☐ Recibe asistencia para la vivienda (HOPWA, vivienda pública, Sección 8):	
☐ En riesgo de perder la vivienda actual:	
☐ Preocupado por la vivienda actual:	
☐ Necesita ayuda para encontrar vivienda de emergencia o vivienda accesible:	

SEGURO Y OTRA COBERTURA:☐ Sin cambios

¿Tiene algún tipo de seguro?	☐ NO ☐ SÍ ☐ No sabe
Si la respuesta es "Sí", marque todos los tipos que tiene actualmente:	☐ Medicaid ☐ Medicare A/B ☐ Medicare D ☐ Seguro privado
☐ Otra cobertura:	
☐ Dificultades para entender o utilizar los beneficios del seguro:	
☐ Necesita ayuda para inscribirse en un seguro de salud:	

TRANSPORTE:☐ Sin cambios

☐ Si no tiene problemas con el transporte, escriba "N/A":	
☐ Acceso a fondos para transporte (gasolina, pase de autobús, etc.):	
☐ Necesita ayuda para organizar el transporte (HandiRide, voluntarios, etc.):	
Obstáculos para acceder al transporte:	

3
Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: ____
(Formulario revisado en septiembre de 2022)

EDUCACIÓN:☐ Sin cambios

Mayor grado de escolarización alcanzado:	
Títulos/certificados conseguidos:	
Idioma principal:	
Dificultad para leer el idioma principal ☐ NO ☐ SÍ	Dificultad para escribir en el idioma principal ☐ NO ☐ SÍ
Dificultad para leer inglés ☐ NO ☐ SÍ	Dificultad para escribir en inglés ☐ NO ☐ SÍ
Clases de educación especial en la escuela ☐ NO ☐ SÍ	Si la respuesta es "Sí", qué tipo:
¿Alguna vez le han dicho que tiene una discapacidad del desarrollo o impedimento cognitivo? ☐ NO ☐ SÍ, especifique:	
Si la respuesta es "Sí", ¿cuenta con servicios por ello? ☐ NO ☐ SÍ ☐ N/A	¿Qué servicios?

EMPLEO/INGRESOS:☐ Sin cambios

Actualmente trabajando/empleado:	☐ NO ☐ SÍ, Si la respuesta es "Sí" empleador/cargo:
¿El cliente se presenta a trabajar regularmente?	☐ NO ☐ SÍ Si la respuesta es "No", cuál es la razón:
Obstáculos para el empleo (marque todas las que correspondan):	Dar detalles:
☐ Problemas relacionados a la salud	
☐ Miedo a perder los beneficios	
☐ Solicitando trabajo	
☐ Transporte	
☐ Necesita cuidado de niños	
☐ Educación	
☐ Experiencias pasadas negativas	
☐ Otro	
¿Puede el cliente hacer los tipos de trabajo que solía hacer?	☐ NO ☐ SÍ
Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipos de trabajo?	
Si la respuesta es "No", ¿qué tipos de trabajo le interesan al cliente?	
Ingresos del grupo familiar:	\$
Otros ingresos:	☐ SSI/SSDI ☐ Beneficios de VA ☐ Manutención infantil ☐ Otro:

4

Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____
(Formulario revisado en septiembre de 2022)

PROBLEMAS LEGALES:☐ Sin cambios

¿El cliente tiene alguno de los siguientes?:	☐ Fideicomiso ☐ Testamento ☐ Directivas anticipadas ☐ Testamento en vida ☐ Poder notarial para el Cuidado de Salud ☐ Poder Notarial Duradero ☐ Tutor/protector para sí mismo/dependientes
Si tiene poder notarial:	Nombre: Número de teléfono:
Cambios en la condición jurídica:	☐ Arrestos ☐ Condenas ☐ Órdenes de restricción ☐ Libertad condicional/probatoria ☐ Cambio de nombre ☐ Cambio en la condición jurídica de relación como matrimonio, separación o divorcio Describa:

SALUD ORAL:

¿Cuándo fue la última vez que vio a un dentista?	
¿Tiene un dentista al que visita con regularidad? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es "Sí", ¿quién?
¿Tiene seguro dental? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es "Sí", ¿quién?
¿Tiene necesidades dentales urgentes? (Describa) ☐ Sí ☐ No	

VISTA:

¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de la vista?	
¿Utiliza gafas o lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No	
¿Tiene un optometrista al que visita con regularidad? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es "Sí", ¿quién?
¿Tiene seguro de la vista? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es "Sí", ¿quién?
¿Tiene necesidades urgentes relacionadas con la vista? (Describa) ☐ Sí ☐ No	

APOYO SOCIAL:☐ Sin cambio

Relación (cónyuge, pareja, padre o madre, hijo/a, hermano/a, amigo/a, familiar, mascota, otro)	¿Está al tanto de su condición de VIH?	Tipo de apoyo (Emocional/moral, financiero, transporte, vivienda, médico/adherencia, ninguno, otro)	¿Firmó una autorización?
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No

RECURSOS COMUNITARIOS:☐ Sin cambios

Organización/agencia (Iglesia, grupo de apoyo, organización comunitaria, vivienda de emergencia, centro de tratamiento, otro)	¿Está al tanto de su condición de VIH?	Servicios provistos (Apoyo recibido como transporte, vivienda de emergencia, financiero, emocional, otro)	¿Firmó una autorización?
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
¿Le interesaría saber más sobre nuestro CAB y el VACAC?			☐ Sí ☐ No

ANTECEDENTES SEXUALES/EVALUACIÓN DE RIESGO:☐ Sin cambios

Cónyuge o pareja actual:	
¿Está su pareja al tanto de la condición de VIH del paciente?	☐ Sí ☐ No
En el presente, ¿es el cliente sexualmente activo?	☐ Sí ☐ No

¿Qué les dificulta al cliente y su pareja tener comportamientos más seguros?

☐ Cuando están excitados sexualmente	☐ Cuando piensan que no hay mucho riesgo
☐ Cuando están enojados o tristes	☐ Cuando la pareja presiona al cliente para que no use protección
☐ Cuando están con una nueva pareja	☐ Cuando el cliente no anticipaba tener relaciones sexuales
☐ Cuando consume drogas o alcohol	☐ Conducta sexual compulsiva/adicción
☐ Cuando se siente mal sobre sí mismo	☐ Otro:
¿El cliente les informa a sus parejas sexuales sobre su condición de VIH?	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
¿El cliente tiene o tuvo experiencias con infecciones de transmisión sexual además del VIH?	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
¿El cliente tiene o tuvo experiencias con posible trauma por abuso sexual?	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Si actualmente no se tiene relaciones sexuales con sus parejas, ¿el cliente planea mantenerse a sí mismo y a sus parejas seguros en caso de que empiecen a ser sexualmente activos?	Describe:

6

Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____
(Formulario revisado en septiembre de 2022)

ANTECEDENTES DE ABUSO DE SUSTANCIAS/ADICCIÓN Y EVALUACIÓN:☐ Sin cambios

¿El cliente se inyecta drogas con agujas?	☐ Sí ☐ No
¿El cliente usa agujas para tatuajes?	☐ Sí ☐ No
¿El cliente comparte agujas?	☐ Sí ☐ No
¿Se les informó a todos quienes compartieron agujas sobre la condición de VIH del cliente?	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
¿Cómo se cuida el cliente a sí mismo y a sus parejas que consumen drogas?	☐ No comparte agujas ☐ Usa agujas limpias
¿El cliente tiene acceso a preservativos, agujas limpias y otros suministros para relaciones sexuales seguras y reducción de riesgo?	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
¿Qué información adicional solicita el cliente sobre reducción de daños y riesgos?	

Sustancias (uso/abuso/adicción)	Uso P = pasado; A = actual	Cantidad	Frecuencia (cada día/ semana/mes)	Duración (<1 año; 1 a 2 años; >2 años)	Último uso (<1 mes; 1 a 6 meses; 6 meses a 2 años; >2 años)	¿Es un problema para el cliente? ✓ = sí	¿Quiere tratamiento? ✓ = sí
Apuestas							
Nicotina (cigarrillo/ masticable/vapeo)							
Alcohol							
Marihuana							
Metanfetamina							
Cocaína/crack							
Heroína							
Alucinógenos							
Medicamentos recetados							
Otro							

PLAN:

Derivar para tratamiento por abuso de sustancias/ reducción de daño: ☐ Sí ☐ No	Comentarios/detalles/otros:
--	-----------------------------

7	Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____ (Formulario revisado en septiembre de 2022)
---	---

EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL☐ Sin cambios

¿El cliente menciona antecedentes de diagnóstico de salud mental? Si la respuesta es "Sí", describa:		☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez le recetaron al cliente un medicamento por una enfermedad mental? Si la respuesta es "Sí", ¿qué enfermedades?		☐ Sí ☐ No
¿El cliente está tomando algún medicamento por una enfermedad mental <u>actualmente</u> ? Si la respuesta es "Sí", ¿qué medicamentos?		☐ Sí ☐ No
¿El cliente alguna vez fue hospitalizado por una enfermedad mental? Si la respuesta es "Sí", describa:		☐ Sí ☐ No
¿El cliente informa sobre alguno de los siguientes problemas <u>en el último año</u> ?	☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Insomnio ☐ Reclusión/aislamiento ☐ Falta de memoria ☐ Delirio ☐ Pensamientos suicidas ☐ Demencia ☐ Otro:	
¿Qué tan preocupado ha estado el cliente en los últimos 3 meses con alguno de los problemas mencionados arriba?	☐ Para nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Considerablemente ☐ Extremadamente	
¿Al cliente le interesa una derivación para terapia o grupo de apoyo para la salud mental?	☐ Sí ☐ No Especifique:	
¿Alguna vez ha intentado el cliente lastimarse a sí mismo o a alguien más en el pasado?	☐ Sí ☐ No Comentarios:	
Actualmente, ¿el cliente tiene pensamientos de lastimarse a sí mismo o a alguien más?	☐ Sí ☐ No	
¿El cliente tiene un plan <u>específico</u> ?	☐ Sí ☐ No	
¿El cliente tiene los medios para llevar adelante el plan?	☐ Sí ☐ No Comentarios:	

Si contestó "Sí" a alguna de las últimas 3 preguntas, el administrador de casos debe seguir el protocolo de crisis de emergencia para receptores indirectos para obtener una respuesta apropiada.

PLAN: derivación para evaluación de salud mental: ☐ Sí ☐ No Comentarios/detalles:			
Derivación a grupo de apoyo social para terapia/asesoramiento para el cliente:	☐ Terapia individual ☐ Control de ira ☐ Ayuda por violencia doméstica o de pareja íntima	☐ Grupo HSH ☐ Grupo de prevención ☐ Otro:	☐ Programa de 12 pasos ☐ Grupo de HIV / CAB / VACAC

8	Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: ____ (Formulario revisado en septiembre de 2022)
----------	--

Conclusiones clave generales de la evaluación o reevaluación: resumen de fortalezas y necesidades

(Evaluación inicial)
Firma del administrador de casos médicos: _____ **Fecha:** _____

(Reevaluación)
Firma del administrador de casos médicos: _____ **Fecha:** _____

PLAN DE SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS MÉDICOS RYAN WHITE

(Rev. 2/2018) Formulario requerido

Nombre del cliente		Fecha en la que inició el plan de servicio (inicial/anual)	
Número de identificación del cliente		Fecha en la que se debe actualizar el plan de servicio	
Administrador de casos médicos			
Puntos/nivel de precisión de referencia:	Fecha	Puntos/nivel de precisión actualizados:	Fecha en que se completó la actualización de precisión:

¿Es esta una reevaluación para Nivel tres de precisión? ☐ Sí ☐ No

Problema u obstáculos principales			
Acceso ☐ Responsabilidad de brindar asistencia ☐ Cuidado de niños ☐ Bienestar infantil ☐ Comunicación ☐ Régimen de med. complejo ☐ Atención dental ☐ Dificultad para llevar a cabo ☐	Determinación de discapacidad ☐ Discriminación ☐ Dudas sobre efect. del medicamento ☐ Educación ☐ Servicios para el final de la vida ☐ Financiero ☐ Salud alimenticia ☐ Apoyo o colocación en vivienda ☐	Necesidades personales o del grupo familiar ☐ Vivienda ☐ Seguro ☐ Falta de documentación para elegibilidad ☐ Carece de una programación regular ☐ Idioma ☐ Legal ☐ Adherencia a los medicamentos ☐ Efectos secundarios de medicamentos ☐	Salud mental/depresión ☐ Apoyo social/emocional ☐ Uso de sustancias ☐ Transporte ☐ Condición de VIH secreta ☐ Miedo a compartir condición de VIH ☐ Problemas relacionados al trabajo ☐ Otro ☐

Objetivos o problemas priorizados

Nro. de objetivo	Tareas/pasos a seguir del plan	CM/CL	Fecha objetivo	Fecha de cumplimiento de la tarea y resultado

El cliente recibió/rechazó (marque una) una copia de este plan de servicio el _____
 Fecha

 Iniciales del cliente

Declaración y acuerdo del cliente: He participado en la creación de este plan para mi cuidado. Entiendo que tomo responsabilidad de MI plan para que este sea exitoso. Mi administrador de casos me ha explicado qué partes del plan son solo responsabilidad mía y en cuáles me asistirá. Estoy de acuerdo en seguir todos los aspectos de este plan e informar al administrador de casos si hay algún cambio significativo en mi vida que implique una necesidad de cambiar este plan. Estoy de acuerdo en mantenerme en contacto con el administrador de casos como fue planeado.

 FIRMA DEL CLIENTE

 FECHA

 FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE CASOS MÉDICOS

 FECHA

ESCALA DE PRECISIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE CASOS MÉDICOS

(marque un nivel en cada categoría y multiplique el número de cuadros marcados por el número de nivel para calcular los puntos por nivel)

Si se aplica alguna de las siguientes condiciones, el número de precisión es automáticamente 3 y la precisión debe reevaluarse en 90 días: ☐ Fue liberado de un establecimiento penitenciario en los últimos 90 días ☐ Fue diagnosticado con VIH en los últimos 180 días ☐ Actualmente, no tiene hogar ☐ Embarazada

Aspecto de vida	1 (más bajo)	2	3	4
Conocimiento y entendimiento del VIH como diagnóstico médico, transmisión y medicamentos	☐ Entendimiento completo del proceso de enfermedad, transmisión y medicamentos del VIH.	☐ Educación periódica del cliente sobre el proceso de enfermedad, transmisión y/o medicamentos del VIH.	☐ Conocimiento mínimo sobre el VIH, transmisión y/o medicamentos.	☐ Ningún conocimiento sobre el VIH, transmisión y/o medicamentos.
Necesidades básicas	☐ El cliente puede satisfacer sus propias necesidades básicas. El cliente puede acceder por sí mismo a asistencia comunitaria cuando lo necesita.	☐ Ayuda ocasional para acceder a la asistencia.	☐ Dificultad para acceder a la asistencia. Usualmente sin sus necesidades básicas.	☐ Tiene acceso limitado a la comida. Sin la mayoría de las necesidades básicas.
Transporte	☐ Cuenta con transporte confiable. Puede cubrir los costos de transporte. O BIEN, necesita asistencia mínima en forma de tickets de autobús o tarjetas de gasolina.	☐ Necesita asistencia ocasional para organizar viajes, el NMCM puede abordar las necesidades.	☐ Sin medios. Área con poco o sin transporte público. Necesita asistencia varias veces al año.	☐ Impacto serio en su acceso a atención médica. Necesita asistencia múltiples veces al año.
Cobertura de atención médica/ seguro médico	☐ Tiene su propio seguro médico y pagador. Tiene la posibilidad de acceder a atención médica.	☐ Inscrito en un programa de beneficios de atención médica. Necesita asistencia ocasional para acceder a atención médica < 2 veces al año. El NMCM puede abordar las necesidades.	☐ Necesita derivación para acceder a programas de beneficios de seguro o atención médica. Sin crisis médica. Necesita asistencia para acceder a atención médica de 3 a 6 veces al año.	☐ Necesita asistencia inmediata para acceder a programas de beneficios de seguro o atención médica. Crisis médica. No tiene acceso a atención médica.
Autosuficiente	☐ Independiente. Puede hacer seguimientos con las derivaciones y acceder a servicios.	☐ A veces requiere asistencia en los seguimientos y para completar formularios.	☐ Tiene dificultad para hacer seguimientos, completar formularios y acceder a servicios.	☐ Nunca hace seguimientos, no puede completar formularios, no mantiene contacto.
Arreglos de vivienda	☐ Vive en un hogar limpio, habitable y estable. No necesita asistencia.	☐ Vivienda estable, subsidiada o no. Ocasionalmente, necesita asistencia para pagar su vivienda < 2 veces al año. El NMCM puede abordar las necesidades.	☐ Vivienda inestable, subsidiada o no. Violación de subsidio de vivienda o desahucio inminente. Accede con frecuencia a asistencia para vivienda, de 3 a 6 veces al año.	☐ No puede vivir de manera independiente. Recientemente desahuciado. Sin hogar. Hogar temporal. Acceso a asistencia > 7 veces al año.

1

Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____
(Formulario revisado en septiembre de 2022)

Comportamiento de riesgo	☐ Entiende los riesgos y practica comportamientos de reducción de daño.	☐ Poco entendimiento de riesgo y sin exposición a situaciones del alto riesgo. Se explican los riesgos, pero sigue teniendo comportamientos riesgosos.	☐ Tiene poco conocimiento y/o suele tener comportamientos riesgosos.	☐ Carece de conocimiento y/o tiene comportamientos riesgosos significativos.
Uso de sustancias	☐ Sin dificultades por uso de sustancias. Sin necesidad de derivación.	☐ Problemas pasados, menos de 1 año, problemas recurrentes. Sin impacto en la capacidad de pagar facturas ni la salud.	☐ Uso de sustancias actual, con intención de buscar ayuda. Tiene impacto en la capacidad de pagar facturas y el acceso a atención médica.	☐ Uso de sustancias actual, sin intención de buscar ayuda. Sin capacidad de pagar facturas o mantener atención médica debido a la adicción.
Dental	☐ Tiene su propio seguro médico y pagador. Puede acceder a atención dental.	☐ Consciente de los servicios dentales ofrecidos y requiere asistencia para tener acceso a atención dental < 2 veces al año, se necesita derivación del NCM.	☐ No es consciente de los servicios dentales. Se requiere derivación para acceder a los servicios. Sin crisis dental. Necesita información o educación sobre los servicios dentales disponibles.	☐ Necesita asistencia inmediata para tener acceso a los programas de beneficios de atención dental. Crisis dental. No tiene acceso a atención dental.
Vista	☐ Tiene su propia cobertura de la vista. Puede acceder a atención médica de la vista.	☐ Consciente de los servicios de vista ofrecidos y requiere asistencia para tener acceso a atención de la vista < 2 veces al año. Se necesita derivación del NCM.	☐ No es consciente de los servicios de vista. Se requiere derivación para acceder a los servicios. Sin crisis de la vista. Necesita información o educación sobre los servicios de la vista disponibles.	☐ Necesita asistencia inmediata para tener acceso a los programas de beneficios de atención de la vista. Crisis de la vista. No tiene acceso a atención de la vista.
Salud mental	☐ Sin antecedentes de problemas de salud mental. Sin necesidad de derivación.	☐ Problemas pasados y/o reporte de dificultades o estrés actual, es funcional o ya está accediendo a atención de la salud mental.	☐ Experimenta una grave dificultad para funcionar en su día a día. Requiere apoyo significativo. Requiere derivación para atención de la salud mental.	☐ Peligro para sí mismo o para otros, necesita intervención inmediata. Necesita terapia, pero no accede a ella.
Puntos por columna				
Puntaje de precisión:			Nivel de la administración del caso:	

(Evaluación inicial)

Firma del administrador de casos médicos: _____ **Fecha:** _____

(Evaluación inicial)

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____

2	Nombre del cliente: _____ Número de identidad: _____ Iniciales del CM: ____ Fecha: _____ (Formulario revisado en septiembre de 2022)
----------	---