

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Dirección Física De La Calle:			
Género:		Raza:	Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de teléfono:		¿Es este tu teléfono?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Podemos dejar un mensaje?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Está bien enviar mensajes de texto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico:			
¿Cuál es el mejor momento para contactarte? <input type="checkbox"/> Tiempo de día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> En cualquier momento <input type="checkbox"/> Hora específica:			
Fecha de diagnóstico:		Estado diagnosticado:	
¿Alguna vez le han recetado medicamentos de terapia antirretroviral?		Si es así, ¿qué?	
¿Tiene una receta médica vigente para un tratamiento con terapia antirretroviral?		En caso afirmativo, indique el nombre de la última farmacia donde se surtió esta receta?	
¿Actualmente está tomando medicación de terapia antirretroviral? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿cuál fue el último día que tomó el medicamento? Si la respuesta es "Sí", ¿qué cantidad de medicamento tiene actualmente?			
¿Has consultado con un médico para tratar tu VIH en Dakota del Sur? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es "sí", ¿quién es su médico actual?	
¿Te has hecho pruebas para detectar otras infecciones de transmisión sexual en los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué?			
¿Tienes menos de 18 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Eres veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Alguna vez has consultado con un médico en el hospital de veteranos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Actualmente tienes seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Mediante mi firma, autorizo al Departamento de Salud de Dakota del Sur a proporcionar al Centro de Recursos de Salud de Heartland una copia de este formulario de derivación y cualquier documento relacionado pertinente al programa. Esta autorización puede cancelarse por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas al respecto. Si no se cancela, esta autorización expirará en un año o en la siguiente fecha especificada:			
firma del solicitante:		fecha:	
Firma del tutor (si el cliente es menor de 18 años):			
idioma principal:			
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cualquier otra información relevante:			