IDAHO RYAN WHITE MEDICAL CASE MANAGEMENT
ADMINISTRACIÓN DE CASOS MÉDICOS IDAHO RYAN WHITE
INTAKE AND ELIGIBILITY DETERMINATION
ADMISIÓN Y DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Date of Intake/Eligibility Initiated
Fecha de admisión/ inicio de elegibilidad
_____/_____/_____

Client URN: _____ *ADAP ID:* _____
URN Paciente: _____ *ID ADAP:* _____

PERSONAL/CONTACT INFORMATION
INFORMACIÓN PERSONAL/DE CONTACTO

Legal Last Name: **Apellido legal:**	**Legal First Name:** **Nombre legal:**	**MI:** **Inicial del segundo nombre:**
Preferred Name: **Nombre preferido:**	**Social Security Number:** **Número Seguro Social:**	
Date of Birth: Fecha de nacimiento_____	**Gender**: □ Male □ Female □ Transgender □ Refused to Report □ Unknown Género: □ Masculino □ Femenino □ Transgénero □ Se negó a informar □ Desconocido	
Address: **Dirección:**	**City:** **Ciudad:**	
County: **País:**	**State:** **Estado:**	**Zip Code:** **Código postal:**
Mailing address if different from above: **Dirección de correo si es diferente a la de arriba:**		
Phone (H) (____) _____-_____ **(W)** (____) _____-_____ **Cell/Pager** (____) _____-_____ **Teléfono (Hogar)** (____) _____-_____ **(Trabajo)** (____) _____-_____ **Celular/Localizador** (____) _____-_____		
Emergency Contact/ Legal Guardian: _____ **Phone** (____) _____-_____ **Contacto de emergencia/ Tutor legal :** _____ **Teléfono** (____) _____-_____ **Aware of HIV+ Status:** □ **Y** □ **N** **Consciente de VIH+ estado:** □ **S** □ **N**		

Client Preference for Contact: □ phone □ phone message □ office visit
□ home visit □ mail □ email (_____)
Preferencia del paciente para contactarlo: □ teléfono □ mensaje telefónico □ visita a la oficina
□ visita al hogar □ correo □ correo electrónico (_____)
May talk to: 1) _____ 2) _____
Pueden hablar con: 1) _____ 2) _____

Are there any concerns related to the above contacts? If yes, please explain.
¿Hay alguna preocupación en relación con los contactos anteriores? En caso afirmativo, por favor explique.

Preferred Language: _____ **Interpreter Needed?** □ **YES** □ **NO**
Idioma preferido: _____ **¿Necesita intérprete?** □ **Sí** □ **NO**

Ethnicity: □ Non-Hispanic □ Hispanic
Etnicidad: □ No-Hispano □ Hispano

Hispanic Subgroup: (Only select if you Hispanic Ethnicity was marked)
Subgrupo hispano: (Sólo seleccione si marcó su etnicidad hispana)
□ Mexican, Mexican American, Chicano/a □ Puerto Rican
□ Mexicano, Mexicano americano, Chicano/a □ Puerto Riqueño
□ Cuban □ Another Hispanic, Latino/a or Spanish origin
□ Cubano □ Otro origen hispano, Latino/a o de origen español

Race (may mark more than one):
Raza (puede marcar más de una):
□ White (Blanco)
□ Black or African American (Negro o afroamericano)
□ Asian (Asiático)
□ American Indian or Alaska Native (Indio Americano o Nativo de Alaska)
□ Native Hawaiian or Other Pacific Islander (Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico)

Asian Subgroup: (only select if Asian was marked)
Subgrupo asiático: (sólo seleccione si marcó asiático)
□ Asian Indian (Indio asiático) □ Chinese (Chino) □ Filipino (Filipino) □ Japanese (Japonés)
□ Korean (Koreano) □ Vietnamese (Vietnamita) □ Other Asian (Otro asiático)

Native Hawaiian or Other Pacific Islander Subgroup: (only select if Native Hawaiian or Other Pacific Islander was marked)
Nativo subgrupo Hawai u otras islas del Pacífico: (sólo seleccionar si marcó Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico)
□ Native Hawaiian (Nativo de Hawai) □ Guamanian or Chamorro (Guam o chamorro) □ Samoan (samoano)
□ Other Pacific Islander (de otra isla del pacífico)

Relationship Status: □ Single □ Married □ Partner □ Divorced □ Separated □ Widow
Estado civil: □ Soltero □ Casado □ Compañero □ Divorciado □ Separado □ Viudo

Occupation: _____ **Employer:** _____
Ocupación: _____ **Empleador:** _____
Status of Employment: □ None □ Retired □ Employed □ Unemployed
Estado de empleado: □ Ninguno □ Retirado □ Empleado □ Desempleado

Veteran Status: □ Veteran □ Disabled veteran □ Non-veteran
Estado de veterano: □ Veterano □ Veterano discapacitado □ No-veterano

ESTADO HIV

Proof of HIV Diagnosis? □ Yes □ No
¿Prueba de diagnóstico VIH? □ Sí □ No
Date of Original HIV Diagnosis (□ Self-Report □ Medical Records**)** _____/_____/_____ (□ Estimated)
Fecha de diagnóstico original VIH (□ Auto informe □ Registros médicos**)** _____/_____/_____ (□ Estimado)
State where diagnosed: _____ **Original CD4 count:** _____
Estado en el que se diagnostica: _____ **Recuento original CD4:** _____

AIDS Diagnosis? ☐ Yes ☐ No

¿Diagnóstico SIDA? ☐ Sí ☐ No

Date of Original HIV Diagnosis (☐ Self-Report ☐ Medical Records**)** _____/_____/_____ (☐ Estimated)

Fecha de diagnóstico original VIH (☐ Auto reporte ☐ Registros médicos**)** _____/_____/_____ (☐ Estimado)

Year first accessed care: _____ **Original CD4 count at AIDS diagnosis:** _____

Primer año acceso a atención: _____ **Recuento original CD4 en diagnóstico de SIDA:** _____

HIV Status: Estado VIH:

☐ HIV Positive (not AIDS) ☐ HIV Negative (affected)

☐ VIH Positivo (no SIDA) ☐ VIH Negativo (afectado)

☐ HIV Positive (AIDS status unknown) ☐ HIV Indeterminate (0-2 years)

☐ VIH Positivo (estado SIDA desconocido) ☐ VIH indeterminado (0-2 años)

☐ CDC-SIDA definido ☐ Desconocido

Is client currently prescribed ARVs?
¿El paciente actualmente tiene prescrito ARV?

☐ Yes (Sí) ☐ No

Risk Factor (check all that apply):
Factor de riesgo (marque todas las que apliquen):

☐ MSM ☐ IDU ☐ Hemophilia/Coagulation Disorder (Hemofilia/trastorno de coagulación)

☐ Heterosexual Contact (Contacto heterosexual)

☐ Receipt of transfusion blood, blood components or tissue (recepción de transfusión de sangre, componentes de sangre o tejido) ☐ Mother with/at Risk for HIV (Madre con/en riesgo de VIH)

☐ Not Reported or Not Identified

Initial Idaho Ryan White Lab: Laboratorio inicial Idaho Ryan White:

Current CD4 count: _____ Date of test: _____/_____/_____

Recuento actual CD4: _____Fecha de la prueba: _____/_____/_____

Current Viral Load: _____ Date of test: _____/_____/_____

Carga viral actual: _____ Fecha de la prueba: _____/_____/_____

HIV Care Provider: Proveedor atención VIH:

Name (nombre):_____ Phone (teléfono): (____) _____-_____

Clinic Name (nombre de la clínica):_____

Address(Dirección): _____

Primary Care Provider: Proveedor atención primaria:

Name (nombre):_____ Phone (teléfono): (____) _____-_____

Clinic Name (nombre de la clínica):_____

Address(Dirección): _____

Primary Pharmacy: Farmacia principal:

Name (nombre):_____ Phone (teléfono): (____) _____-_____

Address(Dirección): _____

CLIENT REFERED BY (NO INDIVIUAL NAMES): _____

PACIENTE REMITIDO POR (SIN NOMBRES INDIVIDUALES): _____

CLIENT QUALIFIES FOR: RWPB Medical Case Management _____ ADAP _____ RWPC Medical Case Management _____

EL PACIENTE CLASIFICA PARA: Administración de casos médicos RWPB _____ ADAP _____ Administración de casos médicos RWPC _____

HOUSING STATUS- ESTADO DE VIVIENDA

Most Recent/Current Housing Status: Estado más reciente/actual de vivienda:
□ Stable/ Permanently Housed □ Institution □ Unstable □ Temporary _____
□ Casa estable/permanente □ Institución □ Inestable □ Temporal _____

FINANCE INFORMATION-INFORMACIÓN FINANCIERA

	(For state office use only) *(Para uso exclusivo de la oficina estatal)*
Annual Gross Household Income: _____ **Ingreso anual bruto del hogar:**_____ **Individual Annual Gross Income:** _____ **Ingreso annual bruto individual:** _____ **Household / Family Size:** _____ **Tamaño del hogar/familia:** _____	_____ Percent Poverty Level (Porcentaje de nivel de pobreza) □ Copy of Income Documentation (Copia de documentación de ingresos) □ Copy of Photo Identification (Copia de identificación con fotografía) □ Copy of Insurance Card (front and back) (Copia de la tarjeta de seguro (frente y dorso))

INSURANCE INFORMATION-INFORMACIÓN DE SEGURO

Primary Insurance Type (may mark more than one): Tipo de seguro primario (puede marcar más de una):
□ No Insurance □ Private - Individual □ Private - Employer
□ Sin seguro □ Privado - Individual □ Privado - Empleador
□ Medicare Part A/B □ Medicare Part D □ Medicare (Part unspecified) □ Medicaid □ VA, Other Military □ IHS
□ Other (specify) _____
□ Medicare Parte A/B □ Medicare Parte D □ Medicare (Parte no especificada) □ Medicaid □ VA, Otro militar □ IHS □ Otro (especifique) _____

Additional Insurance Questions: Is insurance through the Health Insurance Exchange (ACA) □ Yes □ No

Preguntas adicionales seguro: ¿El seguro es a través del intercambio del seguro médico? (ACA) □ Sí □ No

If you have insurance, what is the name of the of the insurance company and plan: _____

Si usted tiene seguro, ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros y el plan: _____

Does your health insurance cover medications? □ Yes □ No

¿Su seguro médico cubre medicamentos? □ Sí □ No

If Y**es**, is there a total expense limit for medications? □ Yes □ No

En caso **afirmativo**, ¿hay un límite de gasto total por medicamentos? □ Sí □ No

If insurance is through previous employer, date COBRA Coverage began: _____/_____/_____

Si el seguro es a través del empleador previo, la fecha en la que la cobertura COBRA comenzó: _____/_____/_____

Have you applied for Medicaid? □ Yes □ No If **Yes**, Applied Date: ____/____/_____

¿Ha solicitado Medicaid? □ Sí □ No En caso **afirmativo** la fecha en la que presentó la solicitud: ____/____/_____

Please indicate information has been gathered and shared by having client initial the appropriate box.
Por favor, indique que la información ha sido recopilada y compartida al hacer que el paciente escriba sus iniciales en la casilla correspondiente.

Informational Forms (client provided copies and time for questions & answers): ***Formas informativas (paciente proporcionó copias y tiempo para preguntas y respuestas):***	***Client's Initials*** ***Iniciales paciente***
Client Rights and Responsibilities (Derechos y responsabilidades del paciente)	
Complaint Grievance Procedures (Procedimientos de Quejas)	
What You Need to Know About Idaho Laws on HIV (Lo que usted necesita saber sobre las leyes de VIH en Idaho)	

Acknowledgement of Notice of Privacy Practices (agency specific) (Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad (agencia específica))	
Other: (Otro:)	

Client Acknowledgement: (Acuse de recibo del cliente:)

As a partner in this process, I acknowledge that:

Como compañero en este proceso, reconozco que:

1) The above information is true to the best of my knowledge (_____). (La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender (_____).)
2) The purpose of my participation in medical case management is to assure my engagement in HIV medical care (_____). (El propósito de mi participación en la administración de casos médicos es asegurar mi compromiso en la atención médica del VIH (_____).)
3) I will notify my medical case manager of any change in my health insurance status, financial situation, income, or living arrangements (_____).(Voy a notificar a mi gerente de caso médico de cualquier cambio en mi estado de seguro de salud, situación financiera, ingresos o arreglos de vida (_____)
4) I authorize this agency to share information and to coordinate care with the Ryan White Part B and Part C programs (_____). Yo autorizo a esta agencia para compartir información y para coordinar la atención con los programas Ryan White Parte B y Parte C (_____).
5) This program involves the receipt of federal and/or state funds; any person supplying false information is subject to state and/or federal criminal prosecution, which may result in fines, imprisonment, or both. Additionally, there will be an automatic six month suspension from RWPB Programs and ADAP (_____). (Este programa consiste en la recepción de fondos federales y/o estatales; cualquier persona que proporcione información falsa está sujeta a enjuiciamiento penal federal y/o estatal, lo que puede dar lugar a multas, encarcelamiento, o ambos. Además, habrá una suspensión automática de seis meses a partir de los Programas RWPB y ADAP (_____).)

_____ _____

Client/Guardian Signature (Firma del paciente/tutor) Date (Fecha)

_____ _____

Medical Case Manager Signature (firma administrador casos médicos) Date (Fecha)