

# Solicitud de Inscripción

## AIDS Access Treatment Program – ATAP

Programa de Acceso a Tratamiento de Atiretrovirales - ATAP

<b>Fecha Aplicación Solicitante</b>
-------------------------------------

<b>Fecha Recepción AFA LAC</b>
--------------------------------

<b>Fecha Recepción AFA int.</b>
---------------------------------

### A. Solicito admisión en el Programa de:

- Latin American AIDS Program (LAP)
  Africa/Asia AIDS Program (AAP)
  Caribbean AIDS Program (CAP)

### B. Si solicita admisión para el Programa de ATAD:

1. Indique los medicamentos que solicita junto con los miligramos.

Análogos Nucleosidos/ Nucleotidos	Drogas de Combinación	Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No-Nucleosida	Inhibidores de la Proteasa	Inhibidores de Entrada	Integrasa Inhibitors
<input type="checkbox"/> Emtriva mg <input type="checkbox"/> EpiVir mg <input type="checkbox"/> Retrovir mg <input type="checkbox"/> Videx mg <input type="checkbox"/> Viread mg <input type="checkbox"/> Zerit mg <input type="checkbox"/> Ziagen mg	<input type="checkbox"/> Atripla mg <input type="checkbox"/> Combivir mg <input type="checkbox"/> Epzicom mg <input type="checkbox"/> Trizivir mg <input type="checkbox"/> Truvada mg	<input type="checkbox"/> Intelence mg <input type="checkbox"/> Sustiva mg <input type="checkbox"/> Viramune mg	<input type="checkbox"/> Aptivus mg <input type="checkbox"/> Crixivan mg <input type="checkbox"/> Invitase mg <input type="checkbox"/> Kaletra mg <input type="checkbox"/> Lexiva mg <input type="checkbox"/> Norvir mg <input type="checkbox"/> Prezista mg <input type="checkbox"/> Reyataz mg <input type="checkbox"/> Viracept mg	<input type="checkbox"/> Fuzeon mg <input type="checkbox"/> Selzentry mg	<input type="checkbox"/> Insentress mg

2. Puede Usted comprar algunos de los medicamentos?  Si (especifique cuales): \_\_\_\_\_  No

### C. Datos Personales

Nombre(s):		Apellido(s):			
Edad:	F. Nacimiento:	Nacionalidad:		Genero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Transgenero	
Orientación Sexual: (Opcional) <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual		Estado Civil:		Idiomas que Hablas:	
Dirección Permanente:					No. Apt. / Casa:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	País de Residencia:		
Telf. #:	Celular #:	Fax #:	e-mail:		
Profesión u Oficio:	Dirección donde enviar su medicina:				
Persona que podemos contactar sobre su caso:	Vinculo:	Telf. #.	e-mail:		

### D. Datos del Medico Tratante

Nombre del medico:		
Instituto donde es tratado:		
Telf. #:	Fax #:	e-mail:

## E. Historia Clínica

1. Cuantas veces ha sido hospitalizado por razones relacionados con VIH/SIDA?  Nunca  \_\_\_\_ Veces

2. Ha presentado o presenta actualmente alguno de estos cuadros?

Cuadro diarreico (diarrea crónica)

Tumores o adenopatías

Depresión severa

Lesiones en la boca

Lesiones en la piel

Perdida de peso

3. Ha padecido o padece actualmente de alguna de las siguientes enfermedades oportunistas? (Indique fecha)

Neumonía PCP  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sarcoma de Kaposi  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Meningitis  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tuberculosis  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Citomegalovirus  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Toxoplasmosis  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Complejo de M. Avium  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4. Datos de laboratorio (Anexar copias de ellos) (Si tiene los anteriores también puede agregar)

CD4	Cantidad	Fecha
Ultimo conteo		
Conteo mas bajo		

Carga Viral	Cantidad	Fecha
Ultima carga		
Carga mas alta		

**Peso Actual:** \_\_\_\_\_ lbs

5. Otros exámenes relevantes o Comentarios de su Medico sobre su caso:

## F. Tratamientos

1. Ha recibido tratamiento para el VIH/SIDA anteriormente? (De ser si, especifíquelo abajo)  Si  No

2. Estas recibiendo tratamiento en este momento? (De ser si, especifique fecha de inicio)  Si  No

3. Describa los tratamientos que tuvo y las razones de cambio si los hubieron, incluya fechas comenzando por el más reciente.

	Tratamiento mas Reciente:	Desde / /	Hasta / /
	Nombre del Medicamento	Respuesta al Tratamiento Actual / Dosis	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

	Tratamiento Anterior:	Desde / /	Hasta / /
	Nombre del Medicamento	Razones del Cambio / Dosis	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

	Tratamiento Anterior:	Desde / /	Hasta / /
	Nombre del Medicamento	Razones del Cambio / Dosis	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

### G. Estado Anímico

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Ha estado hospitalizado por enfermedad mental o depresión?               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Ha recibido tratamiento farmacológico (medicinas), para su salud mental? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Ha tenido ideas suicidas?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Ha tenido intentos suicidas?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 5. En los últimos tres meses, ha tenido dificultad para dormir?             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Lloro con mucha facilidad?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Se cansa fácilmente?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Esta disfrutando sus actividades diarias?                                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Se siente aburrido o muy triste?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Siente que no quiere seguir viviendo?                                   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

### Observaciones:

---

---

---

---

### H. Datos socioeconómicos

Profesión u oficio:	
Empleado actualmente en:	
Ingreso mensual en dólares americanos:	<input type="checkbox"/> Menos de \$200 <input type="checkbox"/> Entre \$200 y \$500 <input type="checkbox"/> Entre \$500 y \$1.000 <input type="checkbox"/> Entre \$1.000 y \$5.000 <input type="checkbox"/> Entre \$5.000 y \$10.000 <input type="checkbox"/> Mas de \$10.000
Educación:	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Post-grado
Tiene UD cobertura de salud? (Seguro medico, programas nacionales, públicos o privados). SI <input type="checkbox"/> Si lo tiene, le cubre todo el tratamiento SI <input type="checkbox"/> (especifique abajo lo que no le cubre) NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Liste todos las razones por la cual UD esta solicitando la ayuda de AIDFOR AIDS para su tratamiento	

**Recomendamos complete este documento con su medico tratante, de haber sido así, favor aplicar firma del mismo al pie de la pagina**

## Información Importante:

- Usted esta aplicando a un programa donde la confidencialidad de su nombre será altamente respetada.
- Es necesario que UD. nos brinde información completa y correcta sobre como contactarlo (dirección, No. de teléfono, dirección de e-mail). Nosotros tenemos que poder contactarlo en todo momento para hacer un buen seguimiento de su caso y poder así mantenerle sus beneficios.
- Por favor llene la solicitud así como cualquier información adicional en forma legible, preferentemente en letra de tipo.
- Envíe una copia del original de sus resultados de CD4 y Carga Viral.
- Esta solicitud no garantiza su admisión en el programa. Todas las solicitudes serán procesadas dependiendo en el orden en que sean recibidas, en que toda la documentación este completa y en la disponibilidad que tengamos con ese medicamento.
- No olvide incluir en su aplicación los siguientes documentos. Estos son mandatorios para el procesamiento de su pedido.
  - Historia Medica relacionada al VIH/SIDA, escrito esto por su medico (medicamentos, resultados de laboratorios y eventos médicos relacionados).
  - Copia de su Carga Viral (no mas Viejo de 3 meses).
  - Copia de su CD4 (No mas Viejo de 3 meses).
  - Copia de su Test de VIH.
  - Receta medica de los medicamentos que UD esta solicitando (No más viejo a 3 meses).
- También será de mucha ayuda si puede enviar los siguientes resultados para así poder monitorizar mejor su caso:
  - Hemograma sanguíneo
  - Enzimas Hepaticas (AST-SGOT) (ALT-SGPT)
  - Creatinina
  - Amilasa Pancreatica
  - Bilirubina directa e indirecta
  - Colesterol (HDL-LDL)
  - Triglyceridos.
  - Peso corporal
  - Test de VDRL
  - Test de prueba de la Tuberculina o PPD
  - Anticuerpos Anti Toxoplasma
  - PAP para mujeres y hombres

## Actividades Sociales

- Esta UD prestando alguna clase de trabajo o servicio a la comunidad de personas viviendo con VIH o SIDA?  
SI  NO
- Si su respuesta fue si, describa su trabajo y la organización para la cual trabaja o presta sus servicios.