

Servicios Clínicos: Formulario de Referencia Externa

Nombre de Agencia que hace la referencia: _____ Fecha de referencia: _____

Nombre y título de la persona que hace la referencia: _____

Dirección de la agencia: _____

Número telefónico de agencia: _____ Número Fax de la Agencia: _____

Email de la Agencia: _____

Nombre del cliente: _____

Pronombres: _____

Número Telefónico: _____

Edad: _____

Étnicidad: _____

Identidad de género: _____

Idioma preferido: _____

Correo electrónico: _____

Comunicación preferida: teléfono Email

Se pueden dejar un mensaje? Si No

Se puede ID a CHN cuando llame? Si No

Ingresos mensuales: _____

Recibe el cliente? SSI SSDI Medicare Medicaid Seguro Privado? _____

El cliente está registrado/da en: ADAP PHIP Gilead Copago con Tarjeta Gilead Acceso Avanzado

El Cliente busca: Atención de VIH PrEP PEP Cuidado Transgénero (viviendo con VIH)

Cuidado de Transgénero (PrEP)

¿El cliente actualmente recibe atención médica? ¿Si es así, dónde? _____

¿Cualquier otra información relevante que deba saber el proveedor?

Nota para los miembros del personal: La clínica médica sólo atenderá a clientes que viven con el VIH o están en o buscan PrEP. Para estos clientes, la clínica puede ofrecer manejo de medicamentos, atención primaria, atención de transición para personas transgénero y exámenes de laboratorio.

Por favor, envíe por correo electrónico el formulario a Andrew.Miller@Coloradohealthnetwork.org o por fax al 720.372.7849. Para obtener más información, llame al 303-962-4495.