



For Office Use: Input

- Database
- Email
- Program
- Therapy
- WeHo

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL MIEMBRO

Fecha: _____ ¿Cómo oyó hablar de nosotros? _____ ¿Cuál es su preocupación inmediata? _____

Nombre: Apellido: _____ Nombre: _____ Iniciales del segundo nombre: ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Teléfono principal: (____) _____ ¿Este número recibe mensajes de texto? S N ¿Podemos enviarle un mensaje de texto? S N

Dirección: _____ Depto.: ____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

¿Podemos enviarle correo a esta dirección? SÍ NO ¿Nos podemos identificar en un mensaje de voz? SÍ NO

Correo electrónico: _____ ¿Le podemos enviar un mensaje de correo electrónico? SÍ NO

Para recordatorios de citas, ¿cómo prefiere que nos comuniquemos? (marque con un círculo su respuesta):

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO TEXTO

¿Trabaja, renta, asiste a la escuela, es propietario o es indigente en West Hollywood? SÍ NO

En caso afirmativo, nombre y dirección del empleador: _____

Por favor proporcione verificación de su afiliación en West Hollywood.

Identidad de Género: Hombre Mujer Trans Hombre Trans Mujer No Binario Género al nacer: Hombre Mujer

Sus parejas sexuales son principalmente (marque todo lo que corresponda): Hombres Mujeres Transgénero No Binario

Grupo étnico: _____ Idioma principal: _____ Número de personas en su familia/hogar: _____

Ingresos anuales: _____ Ocupación / Fuente de ingresos: _____ Hijos dependientes: _____

Estatus del VIH: VIH negativo VIH + sin síntomas VIH + con síntomas SIDA /sin síntomas SIDA /con síntomas

Fecha de su primer diagnóstico del VIH: ____/____/____ Carga viral _____ desde _____ CD4 _____ desde _____

¿Cómo contrajo el VIH: Contacto sexual _____ Uso de drogas intravenosas _____ Otro _____

Si es VIH negativo, ¿cuándo se realizó la última prueba de VIH (si VIH-)? _____ Si es VIH-, ¿actualmente está tomando PrEP? SÍ NO

¿Se encuentra en una relación serodiscordante (VIH+ y VIH-)? SÍ NO

Califíquese usted mismo en relación con el manejo de su propia atención médica: Excelente Bueno Regular Malo

¿Qué le impide manejar su atención médica (si es que hay algún impedimento)? _____

¿Dónde recibe su atención médica? _____ ¿Cómo se llama su proveedor? _____

¿Cuál es su farmacia? _____ ¿Cuáles son sus medicamentos para el VIH? _____

¿Qué tipo de seguro médico tiene? _____

Si es VIH- y está tomando PrEP, ¿lo hace según lo recetado? Siempre A veces Rara vez Nunca N/A

¿Necesita más información o entendimiento acerca del VIH/SIDA? SÍ NO

¿Necesita ayuda para desarrollar un mejor plan de adherencia? SÍ NO ¿Necesita apoyo de sus compañeros? SÍ NO

Historial del uso de sustancias: SÍ, en el último año SÍ, mas no en el último año Jamás ha usado Se rehúsa a responder

Actualmente, ¿está recibiendo tratamiento para el uso de sustancias? SÍ NO Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

Actualmente ¿está recibiendo tratamiento para problemas de salud mental? SÍ NO Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

Actualmente, ¿tiene alguna conducta de riesgo? Sexo sin protección Uso de metanfetaminas

Uso de drogas intravenosas Ninguno

Favor de indicar a continuación los servicios externos para los que usted podría necesitar una referencia:

_____ Vivienda _____ Transporte _____ Servicios legales _____ Bancos de alimentos
_____ Recursos dentales/ médicos _____ Manejo de casos (Beneficios) _____ Consejería para la salud mental
_____ Manejo de alcohol/sustancias _____ Otro

Contacto de emergencia

Nombre: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Esta persona está enterada de su estatus del VIH? SÍ NO

Con mi firma a continuación, autorizo a Being Alive a divulgar/compartir la información con otras agencias similares respecto a los servicios que he recibido, mi estatus del VIH, finanzas, y condiciones físicas/mentales con el fin de ayudar a obtener los servicios relacionados con mis necesidades. Esta información se podrá compartir a través de correo, por teléfono/ fax o correo electrónico. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, al ponerme en contacto con Being alive ya sea en persona, por teléfono o por escrito. (Se me proporcionará una lista de estas otras agencias si lo solicito y puedo agregar otras agencias específicas a este consentimiento. Me han dado una copia de la Declaración de derechos y responsabilidades de los pacientes con VIH/SIDA y se me ha informado sobre el proceso de quejas).

 X
Firma del miembro _____

Fecha

 X
Firma del personal _____

Fecha

Office Use:

Necessary paperwork for eligibility: Proof of residency: _____ Proof of Diagnosis: _____ Proof of WeHo Qualification _____

Lea y seleccione los Servicios y Programas ofrecidos por Being Alive que le interesan y que se describen a continuación:

Servicio de “Igual a Igual”.

Ofrecemos Grupos de Apoyo con personas de la misma condición, liderados por facilitadores entrenados (no Terapeutas ni Psiquiatras). La meta de cada grupo es compartir y fortalecer conocimientos con otras personas que viven con SIDA/VIH. Ofrecemos consejería individual “de Igual para Igual”. También podemos ayudarlo a acceder a otros servicios ofrecidos por otras organizaciones.

Centro de Bienestar.

Ofrecemos una variedad de prácticas alternativas y holísticas como complemento a las terapias para personas que tomen medicamentos para el VIH/SIDA. Los programas incluyen terapias individuales de Quiropráctica, Acupuntura, Hipnoterapia, así como terapias grupales: Yoga Kundalini, Yoga Meditativa y Talleres de Cerámica.

Actividades y Eventos.

Ofrecemos eventos sociales mensuales diseñados para sacar de la personas de la soledad y encontrar apoyo y amistades de otras personas que viven con VIH/SIDA. Algunas actividades incluyen: Barbacoas, Excursiones, Viajes de Campo, Visita a Museos, Conciertos, Comedias, entre otros.

Activismo.

Involucramos a los miembros en la construcción de una mejor salud y fortalecemos a nuestra comunidad con educación, movilización y compromisos para conseguir reformas efectivas. El Comité de Activismo influye a legisladores a fin de conseguir fondos para los programas del VIH/SIDA, promueve el acceso igual e incrementa la calidad del cuidado de salud y de servicios sociales, estableciendo políticas y legislaciones sensatas.

Actualización Medica / Educación sobre Tratamiento.

Ofrecemos información actualizada, ultimas noticias, estudios clínicos e interacciones de las medicinas a través de nuestra presentación mensual de expertos y oradores invitados, durante comidas ofrecidas. También tenemos un equipo de oradores que visita colegios, universidades y lugares de trabajo educando a la gente acerca de vivir con VIH/SIDA.

Prevención / Ser Real / Grupos de Trabajo (PEP/PrEP).

Sesiones de Consejería Individual y en Grupo acerca de reducción de riesgos y para expandir estrategias y mejorar la calidad de vida, discutiendo la transmisión de VIH y otras enfermedades sexualmente transmitidas (STD), así como Testimonios, Control de Abuso de Sustancias, Sexo, Encuentros y Relaciones Personales. Discusiones en la comunidad sobre re-infección y sobre-infección, microbicidas, vacunas contra el VIH así como nuevas noticias sobre prevención. Los Grupos de Trabajo proveen información y referidos para el programa PEP/PrEP. Se ofrecen incentivos a los que atiendan tres sesiones semanales.

Psicoterapia / Antioch Alive.

Este innovativo grupo de salud mental le conectará con especialistas en psicología, practicantes o graduados con maestría en la Universidad Antioch impulsado por la Graduación de Psicología Especializada del LGBT (Gay, Lesbianas, bisexuales y transgéneros, en sus siglas en inglés). Esta especialización entrena a los graduados en terapias alternativas y psico-dinámicas, consejería y trabado en la comunidad, con entrenamiento adicional en asuntos relacionados con el VIH/SIDA. Ofrecen consejería a corto plazo a individuos, grupos, parejas y familias.



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

COMO CLIENTE TENGO DERECHO A:

1. Recibir cuidado de manera respetuosa y considerada en un ambiente seguro.
2. Todos los aspectos de mi cuidado serán manejados de manera profesional y confidencial.
3. Recibir información completa y actualizada.
4. Solicitar una segunda opinión.
5. Participar activamente en el establecimiento de un Plan de Servicio al Cliente productivo.
6. Rechazar tratamiento, ser informado de cuáles serían sus efectos y de cómo podrían afectar mi salud. Así como ser informado de cualquier otra consecuencia potencial debido a dicho rechazo.
7. Conocer los nombres de los consejeros y otros miembros del personal.
8. Privacidad durante la consejería.

COMO CLIENTE TENGO LA RESPONSABILIDAD DE:

1. Observar el código de conducta de *Being Alive*.
2. Respetar el derecho de los demás, incluyendo los miembros del personal, en un ambiente libre de violencia o amenaza de violencia.
3. Mantener la confidencialidad de otros miembros.
4. Proveer información clara y completa a los consejeros.
5. Mantener mis citas y, en caso de no poder atenderlas, notificar su cancelación con 24 horas de anticipación.

QUEJAS

Si un cliente tiene alguna queja o desacuerdo con algún miembro del personal, y éste no puede ser resuelto por un supervisor inmediato, el cliente tiene el beneficio del procedimiento de querellas descrito a continuación:

1. Discutir el problema con el gerente, que deberá hacer lo mejor posible para resolver el problema.
2. Si siente que el problema no se ha resuelto, el gerente del programa deberá programar una reunión con el director ejecutivo, quien escuchará ambas partes y tratará de encontrar una solución que satisfaga ambas partes.
3. El cliente tendrá el derecho de descontinuar los servicios en cualquier momento.

Cliente: _____

Fecha: ____/____/____



Código de Conducta de Being Alive LA y HNS

Site ID: 15039001/Agency ID: 1503

Being Alive es una organización comunitaria dedicada a brindar atención continua a las personas infectadas y afectadas por el VIH. La participación en los programas de la organización está sujeta al cumplimiento de las reglas y procedimientos de la organización. Las actividades descritas a continuación están estrictamente prohibidas. Cualquier participante o miembro del personal que viole este Código está sujeto a medidas disciplinarias, que pueden incluir el retiro del programa.

- Lenguaje abusivo hacia un miembro del personal, voluntario, proveedores u otro participante.
- Posesión o uso de bebidas alcohólicas o drogas ilegales en la propiedad de Being Alive o reportarse al programa bajo la influencia de drogas o alcohol.
- Traer a la propiedad de Being Alive materiales peligrosos o no autorizados, como explosivos, armas de fuego, armas u otros artículos similares.
- Descortesía o grosería hacia un compañero participante, miembro del personal, proveedor o voluntario.
- Acoso verbal o físico de otro participante, miembro del personal, proveedor o voluntario.
- Sexual, incluido el acoso visual, de otro participante, miembro del personal, proveedor o voluntario.
- Violencia real o amenazada hacia cualquier individuo o grupo.
- Conducta que ponga en peligro la vida, la seguridad, la salud o el bienestar de los demás.
- Incumplimiento de cualquier política o procedimiento de la agencia.
- Intimidación o aprovechamiento injusto de cualquier participante.
- No cooperar con los miembros del personal, facilitadores o proveedores.
- Fumar o usar tabaco o productos relacionados con el tabaco, incluida la marihuana y los cigarrillos electrónicos, dentro y dentro de los 100 pies de la propiedad de estar vivo.
- Merodeando.
- Causar disturbios irrazonables.
- Dejar a niños o mascotas desatendidos en cualquier momento mientras estén en la clínica.
- CUALQUIER otro comportamiento que pueda poner en peligro la seguridad de Being Alive, sus relaciones comunitarias, afiliados, reputación comercial y estándares de seguridad, según lo especificado por el personal.
- Llegue 10 minutos antes de las citas programadas para permitir tiempo adicional para estacionamiento, demoras en el transporte público y registros.
- Si el cliente llega tarde (10 minutos o más) a una cita, el personal o los voluntarios apropiados reprogramarán la cita.
- Las sesiones y servicios de HNS son solo con cita previa. Sin visitas sin cita.
- Si se debe cancelar una cita, hágalo con 48 horas de anticipación.
- Numerosas cancelaciones y no llamar / no presentarse son motivos para el cierre del plan de servicio de HNS, lo que no dará lugar a más servicios de HNS de esta agencia durante los próximos 12 meses.
- El navegador y el cliente crearán planes de acción juntos y delinearán las tareas. El cliente es responsable de los pasos del plan de acción que se le han asignado.
- El navegador se reserva el derecho de cancelar y reprogramar una sesión en curso porque el cliente no ha completado las tareas asignadas o visitado referencias vinculadas sin una explicación adecuada.
- HNS no es un servicio de salud mental. Si se necesita / solicita terapia u otros servicios de salud mental, el navegador o el personal apropiado proporcionarán esas referencias.

He leído y entiendo el Código de Conducta de Being Alive LA y HNS. Estoy de acuerdo en cumplir con las reglas descritas anteriormente y entiendo que puedo ser removido como participante si infrinjo cualquiera de estas reglas.

Firma del cliente _____ Date _____



Superar Y Evaluacion de Riesgos (Site ID #15039001/Agency ID #1503)

Lugar: _____ Fecha: ___/___/___ Hora: _____ AM/PM
Pais de Nacimiento: _____ Tu Numero de Postal: _____

¿Con cuál género se identifica?

- Hombre □ Mujer
□ Hombre Trans □ Mujer Trans □ No Binario

Género por nacimiento

- Hombre
□ Mujer

¿Cuál se su raza? (Marque las que apliquen)

- Negro/Afroamericano □ Hispano/Latino □ Blanco
□ Indio Americano/Nativo de Alaska □ Hawaiano/Islas del Pacifico □ Asiático
□ No Sabe □ Otra Raza (Especifique) _____
□ Prefiero no Responder

¿Cuál es su orientación sexual? (Marque sólo uno)

- Hetersexual □ Gay, lesbiana, homosexual □ Bisexual
□ No sabe □ Otro (especifique) _____

¿Mantiene actualmente alguna conducta de riesgo?

- Compartiendo Agujas □ Olvidando alguna dosis de medicinas para el VIH
□ Uso de Metanfetamina (crystal meth) □ Alguna otra droga
□ Sexo sin protección sin PrEP (Cuidado o Profilaxis de Pre-exposición) □ Ninguno
*TRUVADA USADA POR PERSONAS SIN VIH

¿Es usted VIH Positivo?

- Sí □ No □ No Sé

i. Si sí, ¿está en tratamiento? □ Sí □ No □ Declino Contestar

ii. Si es VIH Negativo o No Sabe, ¿se ha hecho la prueba? □ Sí □ No □ Cuando: _____

¿Ha intercambiado sexo por dinero o drogas? □ Sí □ No □ Declino Contestar

¿Ha sido encarcelado en los últimos 12 meses? □ Sí □ No □ Declino Contestar

¿Está sin casa y viviendo en la calle? □ Sí □ No □ Declino Contestar

- Sin casa, viviendo en un refugio o casa temporal con otros servicios proveídos.
□ Sin casa, viviendo en un carro o un lugar temporario sin ningún tipo de servicios.
□ Sin casa, pero no puedo o no quiero dar más detalles.

Las siguientes preguntas sobre nombre y contacto sera'n completadas por personas que viven con VIH.

Primer Nombre: _____ Inicial Apellido: _____ Teléfono N: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

La hora que completastes la forma? _____.

Referido por:



CONSENTIMIENTO PARA SUMINISTRO DE INFORMACIÓN MÉDICA

La Oficina de Programas y Regulaciones de SIDA del Condado de Los Angeles requiere de este formulario de elegibilidad.

Estoy consiente de las regulaciones de *Being Alive Los Angeles*, sobre la requisición de información referente a mi condición de portador de VIH/SIDA. Por la presente consiento a mi proveedor médico a suministrar a *Being Alive Los Angeles* la información necesaria que respalde mi afirmación de estar infectado con el VIH.

Yo, _____, autorizo a: _____,

para suministrar la siguiente información a *Being Alive*:

COMPROBANTE
DE DIAGNÓSTICO

RESULTADOS
DE LABORATORIO

OTRO: _____

Entiendo que este formulario de consentimiento de suministro de información es válido desde la fecha de su firma y permanecerá válido a menos que sea revocado.

NOMBRE DEL MIEMBRO

_____/_____/_____
FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL MIEMBRO

_____/_____/_____
FECHA



Linked Referral

Site ID: 15039001/Agency ID: 1503

Client's Name: _____ Client's DOB: _____

Date of Referral: _____ Staff's Name: _____

Referral to (check all that apply):

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Get Real-HNS | <input type="radio"/> Get Real-IDG |
| <input type="radio"/> Medical Services | <input type="radio"/> STI Screening/Testing |
| <input type="radio"/> Substance Abuse Services | <input type="radio"/> Housing/HOPWA |
| <input type="radio"/> Mental Health Services | <input type="radio"/> Support Groups |
| <input type="radio"/> Legal Services | <input type="radio"/> CDPH Programs (ADAP/HIPP) |
| <input type="radio"/> Food Banks/Hot Meal Programs | <input type="radio"/> Clothing Vouchers |
| <input type="radio"/> DMV Vouchers | <input type="radio"/> Partner Services |
|
<input type="radio"/> Wellness Programs (Acupuncture, Chiropractor, Reiki, Sculptrra, Self-Hypnosis) | |

Notes:

Linked Referral Verified: Yes No

Name of Agency Verified: _____

Staff's Signature: _____ Date: _____

Funding by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention and the County of Los Angeles,
Department of Public Health, Division of HIV and STD Programs.